

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

N° 575

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Catherine VALTON

née le 4 décembre 1940 à AVRANCHES

Présentée et soutenue publiquement le :

**A propos de la réparation du dommage corporel
des traumatismes crânio-cérébraux**

Président : Monsieur le Professeur Jean DELAY



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Catherine VALTON

née le 4 décembre 1940 à AVRANCHES

Présentée et soutenue publiquement le :

**A propos de la réparation du dommage corporel
des traumatismes crânio-cérébraux**

Président : Monsieur le Professeur Jean DELAY

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BÉNARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRÉ (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LÉVY (Mlle J.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTALLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RENARD (G.), SÈNÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN : GEORGES BROUET

1^{er} ASSESSEUR : DANIEL BARGETON — 2^{me} ASSESSEUR : JEAN GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.		MM.
Anatomie	DELMAS (A.)	Cancérologie expériment.	MATHÉ (G.)
—	HUARD (P.)	Génétique fondamentale .	LEJEUNE (J.)
à titre personnel ..	CABROL (Ch.)	Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
—	OLIVIER (G.)	—	TUCHMANN-
Anatom. et Cytolog. path.	DELARUE (J.)	à titre personnel ..	DUPLESSIS (H.)
à titre personnel ..	NEZELOF (Ch.)	Microbiologie	RACADOT (J.)
—	ORCEL (L.)	Bactériologie et Virologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)	à titre personnel ..	TOURNIER (P.)
—	DESGREZ (P.)	Parasitologie	BARBIER (P.)
—	POLONOVSKI (J.)	Pathologie expér. et comp.	LARIVIÈRE (M.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)	à titre personnel ..	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel ..	CARTIER (P.)	Pharmacologie	LÉPER (J.)
—	DREYFUS (J.-Cl.)	—	BOISSIER (J.-R.)
Biologie médicale		Physiologie	LECHAT (P.)
à titre personnel ..	BOURLIÈRE (F.)	—	BARGETON (D.)
—	HARTMANN (L.)	—	MALMEJAC (J.)
Biophysique médicale ...	BUGNARD (L.)	—	PARROT (J.)
—	DJOURNO (A.)	à titre personnel ..	DEJOURS (P.)
—	DOGNON (A.)	Physiolog. et biolog. appl.	
à titre personnel ..	KELLERSHOHN (L.)	aux sports	SCHERRER (J.)
—	GOUGEROT (L.)		
—	ROUCAYROL (J.-Cl.)		

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)	Pathologie médicale à titre personnel	
Histoire de la Médecine et		—	BROCARD (H.)
de la Chirurgie	COURY (Ch.)	—	CAROLI (J.)
Hygiène et Médecine prév.	BOYER (J.)	—	FACQUET (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)	—	LAMBLING (A.)
Médec. légale, Droit méd.		—	LAUNAY (Cl.)
et déontologie	DEROBERT (L.)	—	PAYET (M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)	—	PERRAULT (M.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)	—	SIGUIER (F.)
—	BRICAIRE (H.)	—	WORMS (R.)
—	CORNET (A.)	—	BOUVIER (J.)
—	HOUSSET (E.)	Pathologie respiratoire ..	TURIAF (J.)
—	LAROCHE (Cl.)	Pathologie et Thér. gén.	MAURICE (P.)
à titre personnel ..	AZERAD (E.)	Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
—	BOUR (H.)	Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES DE CLINIQUES :

<i>Cliniques :</i>	MM.
— cardiol. (Boucicaut) ..	LENÈGRE (J.)
— cardiol. (Broussais) ..	SOULIÉ (P.)
— dermatol. (St-Louis) ..	DUPERRAT (F.)
— maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) ..	DEGOS (R.)
— endocrinolog. (Pitié) ..	DECOURT (J.)
— malad. infect. (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
à titre personnel ..	BASTIN (R.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Ste-Anne) ..	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie) ..	PICHOT (P.)
— malad. du syst. nerveux (Salpêtrière) ..	CASTAIGNE (P.)
— neurolog. (Salpêtrière) ..	GARCIN (R.)
à titre personnel ..	LHERMITTE (F.)
— neuro-psychiat. infant. (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
— maladies du sang (Broussais) ..	BERNARD (J.)
à titre pers. (hématol.) ..	ANDRÉ (R.)
— — — — —	BOUSSER (J.)
— — — — —	DREYFUS (B.)
— médicales : <i>Bicêtre</i> : DEPARIS (M.) - <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.) - <i>Cochin</i> : PÉQUIGNOT (H.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIETY (M.) - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) - <i>Saint-Antoine</i> : BOUDIN (G.) ; CONTE (M.) ; KOURILSKY (R.)	
— médic. propédeutique (Broussais) ..	JUSTIN-BESANÇON (L.)
— thérapeutique médic. (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
— Séméiologie médicales (Antoine-Chantin) ..	DOMART (A.)
Séméiol. méd. (Laribois.) ..	BOUVRAIN (Y.)
— — — — — (Pitié) ..	RAMBERT (P.)
— — — — — (Rothsch.) ..	WOLFROHM (R.)

Cliniques :

— d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel ..	GIBERTON (A.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie ..	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ..	LAURENCE (G.)
— ..	KUSS (R.)
— ..	N...

CHAIRES DE CLINIQUES :

Cliniques :

— carcinolog. (Gustave-Roussy) ..	DENOIX (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker) ..	REDON (H.)
à titre personnel ..	BRÉHANT (J.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) ; BAUMANN (J.) - <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.)	
— thérap. chirur. (Vaugirard) ..	ROUX (M.)

Cliniques :

— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu) ..	DEROT (M.)
— néphrologique (Neck.) à titre personnel ..	HAMBURGER (J.)
— — — — —	RICHET (G.)
— Génét. méd. (Enfants-Malades) ..	CROSNIER (J.)
— — — — —	ROYER (P.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades) ..	MOZZICONACCI (P.)
— médicale infantile et de pédiat. sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
— pédiatrie (Trousseau) ..	BRISAUD (H.)
à titre personnel ..	LESOBRE (R.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) ..	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) à titre personnel ..	LAPLANE (R.)
— — — — —	POLONOVSKI (Cl.)

Cliniques :

— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..	BROUET (G.)
à titre personnel ..	KREIS (B.)
— — — — —	MEYER (A.)
— rééducation motrice ..	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie ..	LEDoux-LEBARD (M.)
— ..	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel ..	FISCHGOLD (H.)
— — — — —	TUBIANA (M.)
— — — — —	CHERIGIE (E.)

Cliniques :

— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	DELBARRE (F.)
— rhumatol. (Laribois.) ..	SÈZE (S. de)
— toxicologique (Fernand Widal) ..	GAULTIER (M.)

Path. chirur. à titre pers.	RAMADIER (J.)
Physiologie et path. obst.	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et Chirurg. expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Séméiologie et Clinique chirurg. (Broussais) ..

POILLEUX (F.)

Séméiologie et Clinique chirurg. (Saint-Louis) ..

DEBEYRE (J.)

Cliniques :

— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) ..	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	PADOVANI (P.)

MM.

— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) .	CAUCHOIX (J.)
— traumat. et orthopéd. (R. Poincaré)	JUDET (R.)
— chir. infant. et orthop. (Enfants-Malades) ...	FÈVRE (M.)
à titre personnel ..	CHIGOT (P.-L.)
— chirurgie cardio-vasc. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec) ..	MATHEY (J.)
à titre personnel ..	GAUDART
	D'ALLAINES (Cl. de)
— chir. et gynéc. (Broca)	HUGUIER (J.)

MM.

— obstétr. (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel ..	LEBEAU (J.)
— ophtalmolog. (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— oto - rhino - laryngol. (Lariboisière)	AUBRY (M.)
— stomatol. (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
— urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
— — (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique ..	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale :	CARTIER (P.) ; GONNARD (P.) ; NORDMANN (J.).
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie :	BESSIS (M.) ; BILSKI-PASQUIER (G.).
Hygiène :	BLANCHER (G.) ; CORRE-HURST (Mme L.).
Médecine légale :	CECCAL (P.) ; HADENGUE (A.) ; FOURNIER (E.).

Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale :	COURSAGET (J.) ; GREMY (F.) ; PELLERIN (P.).
Physiologie :	DURAND (J.) ; GIRARD (Fr.) ; HUGELIN (A.).
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale .. M. RUDLER (J.) *pr. s. ch.*

E. — PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie

MORICARD (R.)

Statistique médicale et
épidémiologie

SCHWARTZ (D.)

Néphrologie

MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.) ; LAURENT (H.) ; LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mme CONTET (J.) ; Mlles DUROZAY (M.-F.) ; ROBERGE (D.) ; LE QUANG LINH (G.) ; REUGE (M.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR ROBERT VALTON

Médecin Inspecteur du Travail, Expert près la Cour d'Appel de Paris
Chargé du Service de la Chaire de Médecine Légale et de Médecine du
Travail à la Faculté de Médecine d'Angers

*Que mes chers parents reçoivent
l'hommage de cette thèse, terme de
mes études médicales qu'ils ont encouragées et guidées, comme un faible
témoignage de mon affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur Titulaire de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chef de Service à l'Hôpital Sainte-Anne

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Nous le prions de trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DENICKER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Médecin Assistant des Maladies Mentales et de l'Encéphale

*Qui nous a aidé de ses précieux
conseils.*

*Nous l'assurons de notre vive recon-
naissance.*

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*En remerciement de leur enseigne-
ment.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES FESSARD

Directeur du Centre Médico-Psychologique (C.E.N.E.P.)

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et fait bénéficier de son expé-
rience.*

*Qu'il nous soit permis de lui témoi-
gner notre reconnaissance pour l'aide
bienveillante et l'intérêt qu'il a bien
voulu nous manifester.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR GEORGES GENDROT

Chef du Service de la Maternité de l'Hôpital d'Avranches

En remerciement des encouragements affectueux qu'il nous a personnellement prodigués au cours de nos études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES LEBRETON

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD GAVEZZOTTI

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES ORANGE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BECHET

Médecins Chefs de Service de l'Hôpital d'Avranches

En témoignage de gratitude pour l'enseignement clinique et pratique dont nous avons bénéficié pendant notre stage interne.

A PROPOS
DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL
DES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX

I

INTERET MEDICO-LEGAL DES SEQUELLES NEURO-PSYCHIATRIQUES DES TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX

La diversité et la complexité des syndromes crânio-cérébraux post-traumatiques, soupçonnés puis étudiés à la suite des blessures de guerre, ont fait l'objet de nombreux travaux et publications durant et après les deux dernières guerres mondiales.

Depuis quelques années, ces manifestations cliniques présentent un nouvel intérêt d'actualité en raison de l'augmentation des accidents de la route qui déterminent des atteintes céphaliques avec une prédominance démontrée par diverses enquêtes. Ce danger du traumatisme crânien est bien plus évident si l'on considère que 70 % des décès, chez les hospitalisés après un accident de trafic, leur sont dus et que, selon les statistiques établies pour 1962 (1), sur 239.250 victimes de la circulation dont 10.000 tués, 41 % sont des usagers des deux roues, présentant à cet égard un risque particulier.

Le traumatisme crânien peut, par ailleurs, être consécutif à un accident de travail ; cette localisation apparaît dans 4,3 % des déclarations. Certaines professions y sont plus particulièrement exposées (mines, transports, travaux publics, bâtiment, etc.), mais le plus souvent, il s'agit encore d'accidents de trajet (3,4 %) survenus sur le chemin du lieu de travail à la résidence (2).

Les traumatismes crânio-cérébraux, enfin, consécutifs à la pratique d'un sport ne sont pas négligeables. La localisation céphalique apparaît dans 11,60 % de ces accidents avec une fréquence accrue dans les sports d'agres-

(1) Statistique établie par le service des études et recherches de la circulation routière — Ministère des Travaux Publics et Transports.

(2) Statistiques technologiques des accidents du travail — Caisse Nationale de la Sécurité Sociale 1965.

sion (boxe), les jeux d'équipe (rugby, foot-ball) et les activités sportives présentant un risque de chute (ski) (3).

Un chapitre particulier semble devoir être réservé aux traumatismes crâniens de l'enfant, en raison de leurs aspects cliniques particuliers, de leurs conséquences évolutives ultérieures, et de leurs incidences médico-légales dans le déterminisme de l'inadaptation sociale postérieure.

Il est alors évident que la répercussion des traumatismes crâniens dans le domaine des expertises et plus particulièrement lors de la réparation juridique du dommage corporel est d'une importance extrême.

**

Dans la législation actuelle, les dispositions d'indemnisation apparaissent relativement bien codifiées pour l'appréciation des troubles organiques neurologiques consécutifs au traumatisme crânien, et l'évaluation des dommages proprement dits corporels en vue de leur réparation.

La difficulté qui se présente au médecin expert dans la réparation juridique des traumatismes crânio-cérébraux, ne tient donc pas essentiellement, chez ces accidentés, le plus souvent polytraumatisés, à l'appréciation des séquelles organiques évidentes, manifestement invalidantes et faciles à évaluer immédiatement, mais bien plus à la prévision et à la définition de séquelles psychologiques et psychiatriques qui, tendant à être méconnues ou sous-estimées et, par conséquent négligées, demandent une recherche systématique et orientée. Il semble important de rappeler que l'apparition ou l'aggravation de ces séquelles neuro-psychiques peuvent être postérieures à la consolidation d'atteintes organiques pouvant être, elles-mêmes, minimales voire nulles.

Or, actuellement, il apparaît que le facteur prépondérant de désinsertion sociale et professionnelle est moins le handicap physique résiduel que les conséquences psychologiques et sociales consécutives à tous les traumatismes.

Ainsi, pour tout ce qui concerne les atteintes crânio-cérébrales, on est obligé de considérer le psychisme de l'individu et cela entraîne des difficultés considérables car, si des progrès énormes ont été faits dans le traitement des complications immédiates des traumatismes crâniens, on reste désarmé devant leurs complications neuro-psychiatriques qui ont gardé la même gravité.

On peut alors se demander, à propos des séquelles psychiques de ces traumatismes, si le terme de « dommage corporel » est encore valable et s'il ne serait pas plus rigoureux et nuancé de parler de *dommage fonctionnel* dont personne ne conteste la réalité authentique mais qui, si difficile à diagnostiquer, à objectiver, pose des problèmes de reclassement et de réparation quand il s'agit d'apprécier l'incapacité qui en résulte.

**

(3) VI^e Assises Nationales de Médecine Sportive (1968) — Docteur VALTON et Collaborateurs.

Les lésions et les troubles mis en évidence dans les suites immédiates ou précoces d'un traumatisme crânien ne présentent généralement pas de difficultés majeures d'interprétation, mais il est des cas où la tâche de l'expert sera compliquée par l'apparition de séquelles tardives, plusieurs années après le traumatisme, certaines complications authentiques ne se révélant qu'après des délais souvent assez longs d'une sorte de « maturation » ; ainsi une épilepsie pourra-t-elle survenir plusieurs mois, voire plusieurs années après le traumatisme, une atrophie cérébrale suivre une évolution longue et lentement progressive, un état névropathique apparemment bien toléré se décompenser brutalement, enfin une tumeur cérébrale se révéler...

Il convient également de ne pas méconnaître l'existence de manifestations antérieures, car si l'intégrité antérieure de la santé est toujours affirmée par le sujet, cette assertion est insuffisante pour imputer au traumatisme tous les troubles manifestés qui lui succèdent chronologiquement. Des lésions latentes, des prédispositions pathologiques peuvent être aggravées ou révélées à l'occasion du traumatisme dont la responsabilité se trouve ainsi plus ou moins dégagée, de même que certaines réactions psychiques dues à l'accident lui-même sont susceptibles de modifier plus ou moins profondément l'aspect des séquelles observées.

Ainsi, l'apparition de ces états psychologiques peut soulever des difficultés pratiques et provoquer des répercussions complexes et importantes sur le plan médico-légal.

L'estimation des troubles neuro-psychiques post-traumatiques se révèle alors extrêmement délicate car, ne disposant pas de signes organiques le médecin doit savoir interpréter les plaintes subjectives, discerner les manifestations névrotiques et évaluer le handicap réel qui en résulte dans l'exercice d'une profession.

La difficulté d'appréciation de ces complications nécessite, pour leur objectivation, l'emploi de techniques d'investigation neuro-psychiatriques et psychologiques qu'il est indispensable d'utiliser afin de ne pas méconnaître ni sous-estimer les réelles conséquences d'un traumatisme sur l'intégrité psychique de l'individu.

C'est ce qui a conduit le Docteur HOUZEL à affirmer « ...il est exact que les décisions se prennent en se fondant sur certains signes objectifs, même quand ils sont, comme il arrive souvent, secondaires dans le tableau clinique. Il est exact aussi qu'on a tendance à oublier l'aspect psychologique. Et parce qu'on a tendance à se fonder sur des signes objectifs, je pense qu'il serait extrêmement important que des tests plus fins et cependant positifs puissent être pris en considération lors des expertises de ce type ».

Une meilleure analyse de toutes ces atteintes neuro-psychiques, incontestables dans leur réalité et leur importance, est rendue possible grâce à l'utilisation systématique et généralisée de toutes les méthodes modernes d'objectivation. Elles nécessitent, certes, des compétences multiples, mais sont indispensables en raison même de la complexité de ces problèmes afin d'apprécier avec plus de rigueur et de justice l'incapacité fonctionnelle qui en résulte, et d'en établir des barèmes bien définis et indépendants.

II

ESSAI DE CLASSIFICATION ET RAPPEL CLINIQUE DES TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES

Un essai de classification et une approche clinique des perturbations observées à la suite des traumatismes crânio-cérébraux semblent nécessaires afin d'en mieux apprécier les complications, leur importance respective et leur évolution.

On peut ainsi opposer :

— *Les atteintes organiques*, neurologiques, neuro-endocriniennes, et otologiques, qui surviennent immédiatement ou plus ou moins précocement dans la période post-traumatique et conditionnent souvent le pronostic vital. Ces séquelles, pour aussi importantes qu'elles soient, n'entrent pas dans le cadre de cet exposé, car elles ne posent pas les mêmes problèmes de réparation juridique quant à leur réalité évidemment invalidante parfaitement et strictement codifiée.

— *Les troubles mentaux post-traumatiques* dont il convient de développer les différents aspects cliniques en raison même de leur importance variable d'un individu à l'autre, tant dans leur intensité que dans le temps, de leur évolution souvent longue et imprévisible, de leurs complications parfois tardives et négligées, enfin, de leur rapport étroit avec la personnalité du sujet.

On peut les diviser, suivant la classification de BOWMAN et BLAU en *troubles mentaux post-traumatiques primaires*, c'est-à-dire essentiellement dus au traumatisme même et en *troubles mentaux secondaires*, associés, révélés ou aggravés à l'occasion du traumatisme, sans oublier bien entendu les problèmes particuliers posés par les traumatismes crâniens de l'enfant.

*
**

I — TROUBLES PRIMAIRES

— Parmi les atteintes primaires, dans la plupart des cas, tout se résume au tableau de la *commotion cérébrale*. Il s'agit d'un syndrome consécutif à « l'ébranlement massif et brutal de la masse encéphalique » qui se présente comme une perturbation fonctionnelle sans lésion anatomique vérifiable. En fait, actuellement, les auteurs modernes admettent que les ondes transmises dans la masse cérébrale, provoquent des micro-lésions organiques au niveau du tronc cérébral, déterminant l'atteinte des centres végétatifs, et plus spécifiquement de ceux qui intéressent le centre du sommeil ou ceux qui président à l'état de veille. A cette notion nouvelle de « sidération du tronc cérébral » (HOUDART) on peut distinguer plusieurs phases que l'anamnèse et l'interrogatoire de l'entourage vont permettre d'individualiser.

A un stade initial et précoce, on peut observer une perte de conscience immédiate ou retardée, d'intensité variable allant de la simple obnubilation passagère jusqu'à la dissolution complète de la conscience suivie de coma profond.

Que la perte de conscience soit primitive ou secondaire (hématome sous-dural) le traumatisé crânien présentera alors toute une série de manifestations plus ou moins graves, depuis les dramatiques perturbations neuro-végétatives qui mettent sa vie en péril et posent un problème d'urgence neuro-chirurgicale, en passant par un état de confusion aiguë avec phase d'agitation automatique, de délire onirique qui peut se prolonger pendant plusieurs semaines, pour aboutir enfin à la guérison par la résolution lente et progressive de ces symptômes.

Il restera toujours de cette atteinte initiale une amnésie lacunaire et rétrograde plus ou moins complète qui fait perdre au sujet le souvenir des circonstances de l'accident, et, souvent, une asthénie physique et psychique, une fatigabilité excessive, une fragilité et une hyperémotivité anorales.

— Certaines complications peuvent survenir, tel le *syndrome de KORSAKOFF* traumatique qui apparaît assez précocement et qui associe la triade classique : amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances. Son évolution est le plus souvent favorable mais il peut parfois s'aggraver et conduire à une détérioration mentale progressive.

Ce n'est qu'après plusieurs mois que l'on pourra établir le bilan définitif des séquelles qui est conditionné par les lésions résiduelles du traumatisme et par la persistance de désordres fonctionnels durables.

— *L'épilepsie post-commotionnelle* est en effet une complication fréquente des traumatismes crânio-cérébraux et se révélera après un temps de latence qui peut varier de quelques semaines à quelques mois (1-10 %) voire après plusieurs années (25-50 %). Le plus souvent il s'agit d'une épilepsie type graduo-comitiale qui se caractérise par sa richesse en manifestations psychiques et psychomotrices, par sa tendance à la généralisation, et qui associe troubles de l'humeur et viscosité intellectuelle.

La plus typique de ces épilepsies post-traumatiques reste l'épilepsie type BRAVAIS-JACKSONNIENNE, de grande valeur séméiologique pour le neurologue,

mais d'importance moindre pour le psychiatre, n'altérant pas ou peu les processus globaux d'intégration psychique du fait même de ses perturbations partielles et très localisées.

— *Le « syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne »* individualisé en 1916 par Pierre MARIE, constitue la séquelle la plus habituelle et la plus fréquente. Selon CHAVANY, il survient chez 50 à 80 % des traumatisés et son apparition n'est pas en rapport avec la violence du choc ni avec l'importance des lésions initiales.

Il associe des céphalées qui, en constituent l'élément le plus constant, des troubles du sommeil à type d'insomnies ou de cauchemars, des vertiges qui sont plus des sensations d'éblouissement que des vertiges rotatoires vrais, une asthénie aussi bien physique que psychique, une hyperémotivité, une irritabilité, des troubles de l'humeur, enfin des troubles sexuels se manifestant surtout chez l'homme par une impuissance plus ou moins complète.

La principale difficulté qui se présente au médecin expert dans l'appréciation de ces troubles essentiellement fonctionnels tient à la valeur subjective des déclarations du blessé, difficile à objectiver, à authentifier.

C'est dire la nécessité d'une « technique précise de l'interrogatoire qui doit être minutieux, orienté, où il ne faut pas se contenter d'une énumération des symptômes mais où il faut faire expliquer par le malade les troubles qu'il ressent, la gêne qui en résulte, faire préciser les caractères de chaque signe fonctionnel (intensité, évolution dans le temps...). Il ne faut pas non plus, se contenter des déclarations spontanées du sujet, mais énumérer soi-même, si c'est nécessaire, les principaux symptômes en demandant ensuite des précisions rigoureuses sur la façon dont ils sont ressentis ; en effet, si beaucoup de malades ont tendance à simuler ou à exagérer la symptomatologie, on rencontre des blessés anxieux, inquiets à l'idée d'oublier quelque chose... » (1) ou d'autres encore qui minimisent leur état ce qui peut faire négliger un grave problème de réadaptation ultérieure et éventuellement susciter des difficultés supplémentaires à la mission de l'expert.

Cependant, cette symptomatologie fonctionnelle possède une grande valeur séméiologique car elle est constituée de troubles que l'on retrouve d'un malade à l'autre, dont aucun n'est pathognomonique mais dont le groupement est très évocateur malgré la variabilité individuelle et inter-individuelle de ces manifestations. En fait, si le diagnostic de syndrome subjectif n'est pas difficile, il est certes plus délicat d'en apprécier l'authenticité et le degré de gravité par le retentissement qu'il provoque sur la vie sociale et professionnelle du sujet.

— *Il est d'autres complications psychiatriques* des traumatismes crâniens dont l'importance humaine, sociale, juridique et administrative a fait l'objet d'un grand nombre de travaux, et qui se caractérisent par leur gravité, leurs variétés, et leur allure le plus souvent atypique.

Il s'agit essentiellement d'encéphalopathies traumatiques, d'états confusionnels aigus avec la possibilité d'un syndrome de KORSAKOFF, d'un état déficitaire (amnésie) ou de la révélation d'une épilepsie.

(1) L. COTTE. — Travail de la chaire de Médecine Légale et de Déontologie de LYON (Professeur Louis ROCHE).

Dans un autre ordre d'idée, les névroses d'ordre traumatique peuvent prendre l'allure d'états psychasthéniques et obsessionnels, ou une teinte hystérique ; les états dépressifs ont souvent tendance à ne pas être appréciés à leur juste valeur et leur caractère le plus fréquent est de passer à la chronicité en l'absence d'une thérapeutique adaptée.

Au cours des mois et des années qui suivent le traumatisme, il existe encore une évolution possible vers un affaiblissement progressif, irréversible avec déficit intellectuel et inhibition psychique générale. Un certain nombre de facteurs semble avoir une importance prépondérante dans le développement ultérieur de cette démence post-traumatique : tout d'abord l'importance de la commotion cérébrale initiale qui aura le plus souvent entraîné un coma prolongé, l'âge, cette complication se révélant surtout chez les personnes âgées, enfin, la répétition du traumatisme, même à intervalles prolongés, sans oublier la notion de causes favorisantes telles que l'alcoolisme, l'artériosclérose et dans une certaine mesure l'état psychique et intellectuel antérieur du sujet. Cet état démentiel se caractérise par des troubles de l'humeur, du comportement et du caractère, particulièrement sensibles à l'entourage, par un ralentissement mental et psychomoteur. L'évolution, suivant l'importance des dégâts cérébraux, se fera plus ou moins rapidement vers la déchéance totale avec amnésie, désorientation et apathie pour aboutir à la cachexie.

— En dehors des accidents de la commotion cérébrale, on observe encore chez les traumatisés crâniens des *manifestations psychiques imputables à d'autres mécanismes que l'ébranlement commotionnel diffus*.

— Les pertes de substance cérébrale, les destructions hémorragiques peuvent atteindre des zones de l'encéphale dont l'intégrité est nécessaire à certaines fonctions psychiques, et déterminer ainsi des déficits partiels spécifiques (aphasie, agnosie, déficits sensitifs et psychosensoriels).

— Les complications infectieuses, par le mécanisme d'encéphalites, de méningo-encéphalites, d'abcès cérébraux peuvent également entraîner des épisodes neuro-psychiques aigus (agitation, torpeur) mais elles apparaissent moins fréquentes depuis l'utilisation des antibiotiques.

— Les hématomes secondaires qui se révèlent par des modifications du comportement avec céphalées et signes d'hypertension crânienne.

Enfin à la suite de tout traumatisme, et non plus exclusivement après les traumatismes crânio-cérébraux, l'accident, par lui-même, quelles qu'en soient les conséquences, déterminent une action stressante et provoque une « émotion choc ». Il représente donc un traumatisme psychologique important dont la survenue, même isolée de toute atteinte neurologique révèle ou détermine une fragilité psychologique particulière.

*

**

II — TROUBLES SECONDAIRES

— Dans l'examen de tout blessé il faut faire une juste estimation de ce qui revient au traumatisme, aux prédispositions et aux réactions du sujet ; en effet, certaines complications des traumatismes crâniens sont en

partie solidaires de l'état antérieur de l'individu et révèlent un déséquilibre constitutionnel.

Il semble ainsi que l'apparition de *névroses post-traumatiques* soit fonction, notamment, de la personnalité du blessé dont les réactions psychologiques consécutives au traumatisme traduisent le plus souvent un « fond de vulnérabilité », une diminution du « seuil de tolérance » aux chocs pathogènes.

Les névroses post-traumatiques diffèrent peu des névroses ordinaires, si ce n'est qu'elles surviennent à la suite ou à l'occasion du traumatisme.

Elles se caractérisent par « un blocage et un affaiblissement des fonctions du « moi », avec baisse du contrôle et de l'initiative, diminution de l'intérêt sexuel et surtout régression vers des attitudes plus infantiles, des crises émotives d'angoisse ou de colère qui constituent des décharges involontaires, traduisant l'effort mal contrôlé des réactions de défense, des troubles du sommeil qui révèlent un effort du sujet pour lutter contre sa diminution qu'il n'accepte pas et qui traduisent sa tension psychique plus ou moins permanente ne permettant pas la détente nécessaire au sommeil normal, enfin, les « bénéfices secondaires » qui consistent en l'exploitation inconsciente des symptômes et de l'état névrotique aux fins d'obtenir de la part de l'entourage des attitudes affectives réconfortantes et protectrices » (1).

Les formes cliniques et structurales de ces névroses sont très diverses et liées à la constitution du sujet. On peut ainsi individualiser en reprenant la classification de MM. Ey. BRISSET et BERNARD :

— La névrose d'effroi survient aussitôt après le traumatisme : c'est donc surtout une réaction émotionnelle aiguë qui se caractérise par un état de confusion anxieuse, tendant à disparaître en quelques jours ou quelques semaines. Mais il peut persister assez longtemps à titre de séquelles une asthénie, une instabilité de l'humeur, une anxiété diffuse.

— Les états neurasthéniques s'installent de manière plus progressive, des accès anxieux peuvent s'y greffer et faire redouter une réaction de suicide.

— Les états psychasthéniques et obsessionnels sont plus rares, mais lorsqu'ils se manifestent après un traumatisme il faut ne voir, le plus souvent, dans l'accident, que le facteur déclenchant de l'état pathologique, un choc affectif supplémentaire qui réactive une névrose jusque-là bien compensée.

— Enfin, les états hystériques avec tout leur cortège de troubles neuro-végétatifs et fonctionnels n'apparaissent en général qu'après une période de latence dite de « méditation ».

C'est à la suite de toutes ces manifestations que se pose le difficile problème diagnostic de la *simulation* ou plus fréquemment de la *sursimulation* par le malade cherchant à obtenir : indemnisation, pension, arrêts de travail, etc.

(1) Antoine POROT. — Manuel Alfabétique de Psychiatrie.

L'attitude revendicatrice de certains sujets qui refusent de reconnaître leur guérison parce qu'ils estiment n'avoir pas obtenu une juste réparation du dommage subi, caractérise la *sinistrose* de BRISSAUT, qui si elle peut être isolée réalise le plus souvent un fond de frustration névrotique (névrose de rente).



III — ASPECTS PARTICULIERS DES TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX DE L'ENFANT

— Il est important de rappeler les aspects particuliers posés par les traumatismes crânio-cérébraux de l'enfant, qui sont responsables de conséquences importantes sur les plans social et scolaire, c'est-à-dire sur les possibilités ultérieures d'adaptation et d'apprentissage.

Sur le plan clinique et psychologique, dans les suites immédiates du traumatisme, en dehors de toute atteinte neurologique spécifique, le tableau est dominé par l'importance des troubles émotionnels où l'enfant apparaît anxieux et présente très rapidement des troubles du sommeil avec cauchemars et terreurs nocturnes, des appréhensions phobiques et des modifications de l'humeur. Tous ces symptômes sont appelés à disparaître plus ou moins précocement mais l'évolution reste commandée par deux problèmes essentiels : les problèmes du caractère et de l'intelligence qui sont fonction de l'âge, du milieu, du terrain, des antécédents personnels et familiaux de l'enfant.

Si certains *troubles du caractère* sont communément observés dans tous les cas (irritabilité - réactions coléreuses) d'autres présentent une variabilité dans leur nature, en relation directe avec l'âge auquel survient le traumatisme.

En effet, les perturbations caractérielles sont étroitement liées à l'évolution même du caractère de l'enfant. Ainsi, entre 5 et 7 ans se situe normalement un âge de dissipation et d'instabilité ; vers la douzième année, période de croissance et de la puberté, une forte tendance à l'impulsivité se libère ; il est naturel qu'un traumatisme crânien se produisant à ces âges, en accentue le caractère dominant.

Avant 12 ans, il se manifestera surtout une instabilité motrice qui va poser de difficiles problèmes de discipline scolaire et familiale, tandis qu'après 12 ans, il s'agira plutôt d'impulsivité à forme psychosociale avec violences verbales, à point de départ réactionnel d'où la tendance aux fugues avec toutes ses conséquences.

Par contre, on observera moins de perturbations caractérielles paroxystiques lorsque le traumatisme survient après 15-16 ans, période où l'organisme se trouve dans une relative latence du point de vue caractériel et où l'adolescent retrouve une certaine stabilité sociale.

Les *atteintes des fonctions intellectuelles* ne sont pas moins importantes. S'il est rare de noter des altérations proprement dites de la mémoire, de type amnésique que l'on rencontre chez l'adulte, il est plus fréquent d'observer une difficulté de la rétention, l'enfant ne peut plus retenir ce qu'il apprend. Plus encore que la mémoire, c'est l'attention qui est

touchée, avec une fatigabilité excessive dans l'effort intellectuel soutenu, une difficulté de concentration, une fréquence accrue de la dispersion. Au total, il s'agit plus d'un arrêt ou d'un ralentissement du développement intellectuel que d'un état déficitaire.

En matière de réparation des traumatismes crâniens de l'enfant, ce seront donc les conséquences sur les plans social et scolaire qui vont dominer, et il faudra essayer d'apprécier le dommage réel subi en fonction du niveau social mais aussi de l'état psychique et intellectuel antérieur de l'enfant. Le médecin devra alors indiquer si l'enfant « sera ou non, capable, devenu adulte, d'avoir une activité lucrative, et dans l'affirmative, la ou lesquelles, ceci en considération par ailleurs des aptitudes d'ores et déjà décelables » (1).

(1) J. GRAZIANI. — Colloque de Trieste (1965).

III

DISPOSITIONS ACTUELLES D'INDEMNISATION

L'évaluation de l'invalidité qui résulte d'un traumatisme et l'appréciation du préjudice subi que constituent les frais médicaux divers, les pertes de gains et les conséquences d'une incapacité définitive, déterminent la mission de l'expert.

Ce n'est donc qu'après un rigoureux et minutieux examen clinique, complété par tous examens paracliniques jugés nécessaires, que pourra s'établir le bilan des séquelles ; encore faudra-t-il, pour donner droit à réparation vérifier la relation indispensable qui doit exister entre le dommage et le traumatisme.

Ainsi apparaît la première difficulté de l'expertise, car, si l'application des règles médico-légales d'imputabilité, définies par SIMONIN, est relativement aisée dans la discussion étiologique des troubles organiques, elle sera plus délicate pour les complications essentiellement psychiques et psychiatriques des traumatismes crânio-cérébraux.

L'imputabilité reconnue, les séquelles d'un accident doivent être envisagées selon leurs conséquences qui peuvent être temporaires ou définitives et qu'il convient d'individualiser car elles ne répondent pas aux mêmes principes d'indemnisation et de réparation.

1) *En ce qui concerne les dommages à caractères temporaires* le rôle essentiel du médecin expert est de déterminer la *date de consolidation médico-légale*, c'est-à-dire la date qui marque, soit la guérison sans séquelles, soit la stabilisation d'un état séquentiel qui ne peut plus être modifié par la thérapeutique.

Cette appréciation est souvent très délicate car elle n'est pas exempte d'un certain arbitraire : en effet, autant il semblera inutile de prolonger une convalescence chez un sujet légèrement atteint, risquant ainsi de le persuader de la gravité de ses troubles et de favoriser une évolution névrotique ou une difficulté de réinsertion sociale, autant il peut être grave

d'ignorer les répercussions parfois importantes d'un accident apparemment bénin.

D'autre part, lorsqu'il s'agit de polytraumatisés, il peut y avoir de la part de l'expert une tendance à fixer, comme date de consolidation, celle de la guérison ou de la stabilisation des seules atteintes organiques. La consolidation ainsi déterminée, malgré la présence et la persistance de troubles psychiques et psychiatriques méconnus ou sous-estimés, déterminera le retour à l'activité. Si la reprise précoce du travail peut apparaître justifiée par sa valeur thérapeutique ou de test, elle sera parfois formellement déconseillée sous peine de faire courir de nouveaux risques au malade ou d'aggraver ses séquelles neuro-psychiques.

La détermination de la date de consolidation apparaît alors très difficile, car si une consolidation rapide, qui met fin à une procédure entretenant l'anxiété de la victime, est parfois souhaitable, dans d'autres cas, au contraire, si elle est prématurée, alors que des troubles persistent, elle est certainement contraire aux intérêts légitimes du malade.

En ce qui concerne les traumatismes crânio-cérébraux, il n'est pas possible d'imposer des règles strictes mais il est rare qu'il y ait intérêt à consolider avant trois mois, durée minimum de repos nécessaire pour éviter l'apparition retardée d'un syndrome subjectif post-traumatique. Mais des conditions particulières peuvent amener à retarder la consolidation bien au-delà de cette limite moyenne.

— *Dans le cadre de la législation du travail*, pendant la durée de son incapacité temporaire que réalise l'interruption du travail, le blessé percevra son demi-salaire, puis les 2/3 à partir du 29^e jour (article 3, loi du 1^{er} juillet 1938).

— *Par contre en matière de droit commun* l'expert pourra faire une appréciation des faits plus nuancée et plus conforme à la réalité en évaluant une incapacité temporaire, qui pourra être partielle ou totale.

En effet, au cours de la convalescence, l'amélioration des troubles peut permettre au sujet d'assumer certaines tâches et il est ainsi possible de prévoir des incapacités à taux dégressifs concrétisés par l'octroi d'un pourcentage tenant compte de la réduction et de la reprise progressive de l'activité jusqu'à la période de consolidation médico-légale.

2) *C'est l'évaluation des dommages permanents*, préjudice d'agrément, préjudice esthétique et surtout incapacité permanente avec la recherche de ses éléments constitutifs et celle de ses conséquences, qui correspond à la partie la plus délicate de la mission de l'expert ; non seulement parce que cet aspect du dommage conditionne en grande partie l'indemnisation, mais encore et surtout parce que c'est à son sujet que le médecin va rencontrer les plus grandes difficultés d'appréciation, notamment pour les séquelles neuro-psychiques des traumatismes crâniens, bien qu'actuellement il existe des barèmes tendant à simplifier et unifier les modes de réparation dans chaque catégorie d'accidents.

En effet qu'il s'agisse d'un accident du travail, de celui relevant de droit commun ou couvert par une assurance, enfin de blessures par faits de guerre, chacune de ces circonstances particulières impose à des règles spécifiques dont il convient de définir les modalités.

— *En cas d'accident du travail*, l'article 453 du code de la Sécurité Sociale précise que le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés mentales et physiques de la victime, ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

L'incapacité permanente de travail apparaît donc comme la résultante de deux éléments : l'incapacité physique et l'incapacité de gains qui dépend elle-même de l'incapacité professionnelle et de facteurs économiques (reclassement, marché du travail).

L'incapacité physique, qui est la conséquence d'une atteinte organique ou fonctionnelle, entraînant impotence ou infirmité, peut retentir diversement sur la vie professionnelle de la victime, suivant que la gêne fonctionnelle et la gêne professionnelle se confondent ou que l'une soit plus importante par rapport à l'autre.

Dans la législation du travail, l'incapacité permanente partielle est évaluée selon un régime forfaitaire où il est admis que, pour une invalidité donnée le salaire, à priori et en règle générale, va se trouver diminué dans une proportion bien définie. Cependant, le barème indicatif d'invalidité permet à l'expert une certaine liberté d'appréciation, en fonction des différents paramètres, dans la limite des marges de pourcentages affectés à chaque infirmité.

Ce « barème d'invalidité » publié en annexe au décret du 24 mai 1939 permet donc d'évaluer la rente allouée à la victime, tendant à compenser la perte de gains et ne fera pas intervenir l'état antérieur du sujet, le montant de la rente étant calculé sur le salaire de base et le taux d'incapacité permanente ; ce dernier facteur est réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %, si l'incapacité permanente est partielle ; si, au contraire, elle est totale, la rente allouée sera égale à 75 % du salaire annuel antérieurement perçu.

— *En droit commun*, par contre, le droit à réparation porte sur l'intégralité du dommage et conditionne l'indemnisation due à l'incapacité permanente mais également celle des préjudices d'agrément et d'esthétique, toutes conséquences directes de l'accident, et dont l'appréciation se fera en tenant compte de l'état antérieur.

L'incapacité permanente, pour reprendre la définition de DEROBERT représente « la réduction du potentiel physique, psychosensoriel et intellectuel résultant de l'atteinte portée à l'intégrité corporelle de la victime » et doit être définie par un pourcentage découlant du traumatisme et de ses séquelles, en prévoyant « une amélioration non encore intervenue, mais déjà prévisible et souvent même commencée » (1).

Contrairement à la législation des accidents de travail où il existe la possibilité de révisions successives, il s'agit ici de chiffrer de façon définitive le déficit physiologique imputable au traumatisme et de faire le bilan résultant de la comparaison entre la capacité existant avant l'accident et celle subsistant après pour tenter de rétablir l'équilibre détruit par le dom-

(1) M.-J. JUTTARD. — « L'évaluation du préjudice corporel en Droit Commun ».

mage. C'est dire la difficulté d'établir un bilan actuel et définitif, tempéré par un pronostic des chances d'amélioration et des risques d'aggravation, dans le cas des troubles neuro-psychiques post-traumatiques dont les caractères essentiels sont d'être instables et évolutifs.

Cette évaluation est délicate et complexe car en matière civile il n'existe pas de barème légal de référence, bien que certains barèmes officiels, dits « de droit commun », aient tenté de définir des taux de la dépréciations anatomo-physiologique en s'inspirant du barème indicatif applicable en accident du travail.

L'appréciation financière des séquelles fait intervenir le taux d'invalidité, le salaire annuel, l'âge de la victime et constitue un capital (dommages et intérêts) auquel le sujet peut prétendre. Mais il faut signaler que ces deux législations : (Accidents du travail et Droit commun), peuvent interférer entre elles. Ainsi en matière d'accidents de trajet imputable à un tiers, dont le risque est couvert par la Sécurité Sociale (accident de travail), la Caisse de Sécurité Sociale est subrogée dans les droits de l'assuré et peut intenter contre le tiers responsable l'action en recouvrement du capital dont elle servira la rente. Cette disposition ne fait pas obstacle à ce que la caisse obtienne du tribunal une indemnisation globale couvrant les différents préjudices et que soit attribuée à la victime une indemnisation supérieure au capital réservé par la caisse.

— *Pour les pensionnés et victimes de guerre*, le rôle de l'expert se borne à attribuer une indemnisation forfaitaire, évaluée dans un barème spécial et impératif, sans considération des antécédents personnels, sociaux ni professionnels de l'ayant droit.

— *Quant aux Assurances à garanties contractuelles*, le contrat détermine, sous réserve de clauses particulières, les infirmités donnant droit à réparation et fixe le capital garanti pour une incapacité de 100 %. Il suffit d'appliquer à ce capital le pourcentage d'invalidité pour faire apparaître la prestation due par l'assureur.

La difficulté, voire la complexité de la mission de l'expert dans la réparation des complications neuro-psychiques des traumatisés crâniens, ne découle pas tant des différentes législations qui régissent les diverses modalités d'indemnisation et qui apparaissent relativement bien codifiée malgré la multitude de facteurs qu'elles font intervenir dans leur appréciation, que de l'évaluation, sur un plan proprement médical de l'incapacité fonctionnelle permanente, en raison même de la nature subjective des troubles.

Si l'on considère et reprend les principaux barèmes établis pour chiffrer les séquelles des accidents, on ne peut manquer d'être frappé par la variation des taux accordés, qui apparaissent nettement définis et dans des proportions étroites pour les troubles organiques, et qui, au contraire sont largement ouverts, dans des limites aussi imprécises que générales, sans individualisation nette des différents symptômes, pour toutes les atteintes neuro-psychiques post-traumatiques.

C'est dire tout l'intérêt des différentes méthodes modernes d'investigation psychologique et psychiatrique qui, outre l'objectivation des troubles allégués par le malade, permettent une définition nette et mesurable des atteintes ainsi perçues et une plus juste appréciation et réparation de leurs conséquences.

IV

OBJECTIVATION DES SYNDROMES NEURO-PSYCHIQUES

Dans un souci de plus juste appréciation des troubles neuro-psychiques consécutifs aux traumatismes crânio-cérébraux, le médecin dispose de toute une gamme d'examens paracliniques et de tests dont l'importance, la rigueur et la variété vont permettre l'objectivation des symptômes allégués, et par là une meilleure évaluation de leur authenticité et de leurs conséquences.

Toutes ces méthodes modernes d'investigation doivent être orientées par un examen clinique général et neurologique rigoureux, qu'elles viendront alors compléter et auquel elles apporteront plus de précision.

1) *La radiographie du crâne* est l'examen le plus simple et le plus évident à demander en cas de traumatisme crânien ; elle renseigne sur les lésions osseuses mais ne permet pas l'étude des modifications de la morphologie du cerveau. Pour cela il faut s'adresser à des *techniques radiologiques spéciales*, telles que ventriculographie, iodoventriculographie et surtout encéphalographie gazeuse qui sont des examens complexes, moins anodins et non sans danger, et qui demandent à être effectués par des spécialistes en milieu neuro-chirurgical.

Elles sont manifestement injustifiées, en raison même de leur risque et de leur agressivité dans un autre but que thérapeutique.

2) *L'électroencéphalographie*, qui juge de l'état fonctionnel du cerveau, apparaît comme un examen plus intéressant du fait de sa réalisation facile et sans inconvénients pour le malade. Elle est indispensable dans l'analyse d'une épilepsie dont elle fait la preuve, définit le type et l'origine en cas de lésions localisées et dont elle permet de suivre l'évolution sous l'effet du traitement.

Mais pour les autres affections cérébrales, si elle peut révéler des anomalies, celles-ci ne seront jamais spécifiques et demandent donc beaucoup de prudence dans leur interprétation.

Cependant, ce qui en fait une méthode d'appoint non négligeable, voire indispensable, c'est qu'elle permet de suivre les différentes modifications des tracés successifs et de dresser ainsi une courbe évolutive des diverses altérations électriques, et aussi d'objectiver, d'une certaine manière, par l'existence même d'anomalies non spécifiques, de difficultés au cours de certains enregistrements et d'artéfacts, les troubles allégués par le malade.

3) *Les examens psychométriques* apparaissent surtout rigoureusement nécessaires et indispensables dans l'évaluation des détériorations psychologiques consécutives aux traumatismes crânio-cérébraux.

Ces méthodes sont les seules permettant d'objectiver et de mesurer les déficits intellectuels, les troubles mnésiques, les capacités motrices, le contrôle émotionnel, etc., et ont, en outre, l'avantage de se prolonger pendant une durée moyenne de trois heures, ce qui n'est pas sans intérêt quand on sait combien il est important de mettre le malade en confiance.

Il existe deux sortes de tests :

— ceux qui mesurent la réussite ou l'échec à des tâches données (aptitude, connaissance, performances intellectuelles). Ce sont les tests dit « d'intelligence » susceptibles d'une cotation numérique ;

— ceux qui visent à classer la personnalité parmi des types connus. Ce sont les tests dits de « personnalité » pour la plupart projectifs et susceptibles d'une cotation surtout qualitative » (1).

**

a) *Les tests d'intelligence* permettent l'appréciation du déficit intellectuel et évaluent la détérioration par la constatation d'une baisse de l'efficacité au moment de l'examen.

Le test de BINET et SIMON (1911) présente un intérêt historique puisque c'est la première méthode de ce type à avoir été utilisée. Conçu pour les enfants de 3 à 15 ans il comporte une série d'épreuves essentiellement verbales, attribuant une part importante à l'éducation et au milieu social. Le résultat est exprimé en âge mental et sert de base à l'évaluation du quotient intellectuel ($QI = \frac{\text{âge mental} \times 100}{\text{âge réel}}$).

Sa présentation initiale comportait, en fait, trop peu d'épreuves pour assurer au test une validité suffisante aussi a-t-il subi plusieurs révisions, américaines en particulier, visant à augmenter le nombre des épreuves (test de Terman) et, surtout, à y associer des tests non verbaux (test de Terman et Merrill) le rendant ainsi moins sensible au niveau scolaire ou à l'influence du milieu social et permettant, par contre, de mieux apprécier la disposition aux activités concrètes. Ainsi révisé, il reste très utilisé en raison de sa simplicité d'emploi, de son temps de passation relativement rapide.

(1) MM. BRISSET et BERNARD. — Manuel de Psychiatrie.

Il existe aussi des tests non-verbaux, pour les enfants dont les principaux sont :

— *Le dessin d'un bonhomme de GOODENOUGH* dont la cotation se fait suivant la présence ou l'absence de toute une série d'éléments.

— *Les labyrinthes de PORTEUS* où il s'agit de parcourir le labyrinthe avec un crayon et d'en sortir sans revenir en arrière et sans s'engager dans les culs-de-sac.

Il existe ainsi beaucoup de tests de ce type mais, pour avoir une validité suffisante, ils doivent être inclus dans toute une série d'épreuves. C'est ce qui définit les échelles dont la plus utilisée est l'échelle de performance de Grace ARTHUR.

Pour la mesure de l'intelligence de l'adulte, la méthode la plus complète et la plus utilisée est l'échelle de WESCHLER-BELLEVUE, qui comprend plusieurs épreuves pour lesquelles on distingue les réponses verbales, non verbales et les tests de performance ; la valeur du quotient intellectuel résulte de l'addition des notes séparées obtenues pour chaque épreuve, avec une correction pour l'âge. En effet dans la détermination du Q.I. il faut tenir compte du déficit physiologique qui apparaît vers la 25^e année, où l'activité intellectuelle commence à baisser d'abord lentement, puis plus rapidement à partir de 60 ans.

Ce déficit normal, résumé dans des tables de correction s'évalue par tranches d'âge et se mesure par deux séries de tests dont les uns ne s'altèrent pas avec l'âge et représentent le capital intellectuel et dont les autres, au contraire, se modifient avec l'âge et permettent de juger de l'adaptation à une situation nouvelle (tests « qui tiennent » et « tests qui ne tiennent pas »).

Ces tests apprécient l'intelligence globale, d'autres, plus spécifiques, cherchent à mesurer un aspect particulier de l'intelligence, des aptitudes spéciales. Ont été ainsi décrits des tests de compréhension, de mémoire, d'attention, etc., dont les résultats étaient exprimés en profil (Profil de ROSSOLIMO).

Mais une telle classification présente une valeur trop subjective, un même test pouvant être classé dans une catégorie par les uns, dans une catégorie différente par les autres, aussi est-il apparu préférable de les étudier sous l'angle de l'analyse factorielle (due à Charles SPEARMAN).

Le principe de cette méthode est de considérer que le résultat d'un test nécessite l'intervention de plusieurs facteurs, dont les uns seront spécifiques (facteur spécifique), les autres communs à plusieurs épreuves de type voisin (facteur de groupe), ou même communs à tous les tests (facteur général « G »).

L'isolement de ces facteurs communs, possible par l'analyse mathématique, constitue la base de l'analyse factorielle qui aboutit ainsi à la mise en évidence de nombreux facteurs.

Ces facteurs d'aptitude, dont les uns sont intellectuels (facteur de compréhension verbale, facteur de raisonnement, facteur numérique, facteur de mémoire immédiate, etc.), dont les autres, au contraire, relèvent du domaine de la motricité ou de la perception (facteur de motricité, facteur

de perception auditive et visuelle) sont mesurés avec une assez grande précision dans des batteries factorielles qui associent plusieurs tests étudiant chacun les principaux facteurs isolés.

La batterie de THURSTONE est la plus connue.

L'évaluation du facteur « G » considéré comme le facteur d'intelligence générale ou mieux encore « d'énergie mentale », d'importance capitale, se fait de deux façons, soit par la méthode des tests composites (WESCHLER) ou au contraire par des tests uniques, hautement « saturés » en facteur « G », tels le test « *Progressive Matrix* » de PENROSE et RAVEN qui consiste à compléter une figure géométrique en choisissant au milieu de plusieurs solutions proposées, celle qui convient exactement, et le test des dominos d'ANSTEE, où, devant un groupe de dominos disposés suivant une certaine loi, il faut trouver la loi et compléter la série.

*
**

b) *Les tests de personnalité* permettent de cerner le caractère du sujet, sa personnalité dans son ensemble, et aboutissent de ce fait à une classification plus typologique que qualitative des individus.

Il existe cependant des tests objectifs de personnalité qui en mesurent un trait particulier et qui se prêtent à la même cotation quantitative que les tests d'efficiency intellectuelle.

Parmi ces tests il faut surtout retenir :

— *Le test du dessin en miroir* dans lequel le sujet doit suivre avec la main, par l'intermédiaire d'un miroir, le trajet d'un labyrinthe. Il permet de différencier les individus stables de ceux qui perdent leurs moyens dans une situation émotionnelle.

— *Le test du labyrinthe de PORTEUS* qui détermine l'adaptation sociale.

— *Les tests d'aspiration* où l'on essaie de savoir quel niveau de réussite le sujet désire atteindre.

— *Le test de persévération de CATTELL* où l'on compare le temps nécessaire pour réaliser une tâche automatique et celui nécessaire pour effectuer une tâche voisine à laquelle on a fait perdre son caractère automatique.

— *Le test de fluidité* qui consiste à écrire en une minute le plus de mots commençant par une lettre donnée. Il permet d'opposer les individus soucieux, déprimés, rigides à ceux qui sont gais, énergiques, plastiques.

— *Les tests d'appréciation* de l'humour où il faut donner une note d'appréciation sur de courtes histoires.

— *La méthode des questionnaires* permet de cerner le caractère du sujet dans son ensemble et enregistre ses réactions face aux événements de la vie. Elle consiste à demander des réponses sincères à un nombre important de questions. Il y a plusieurs types de questionnaires selon la qualité de la réponse exigée ; soit trois réponses possibles : oui - non -

je ne sais pas - soit le choix d'une réponse parmi celles proposées, enfin une réponse libre qui exige alors une interprétation avant d'être cotée. L'inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (MMPI) est l'épreuve de ce type la plus souvent utilisée, ainsi que le « Cornell Index » qui utilise le même principe mais de temps de passation plus rapide et donnant des résultats plus grossiers, globaux, principalement dans la symptométabolie psychosomatique.

— *Les tests projectifs*, enfin, apprécient les tendances profondes de l'individu par des épreuves dans lesquelles il projette des références personnelles et engage son affectivité. Cette technique pose des problèmes très spéciaux de validité en raison du nombre illimité de réponses, empêchant une classification immédiate et demandant une interprétation. Cependant, elle présente l'avantage de laisser apparaître ce que le sujet serait incapable de révéler directement.

Suivant la classification de FRANCK, on distingue les *techniques projectives constitutives*, dont la plus connue et la plus utilisée est le test de RORSCHACH, dans lequel le sujet doit interpréter des formes indéterminées.

Dans les *techniques constructives*, il s'agit de construire une structure à partir d'un matériel bien défini, tel le test des mosaïques de LOWENFELD, le test du village.

Les *techniques interprétatives* sont basées sur l'interprétation d'images représentant des scènes avec des personnages aux attitudes ambiguës. Le type en est le T.A.T. (thématique apperception test) et le test de ROSENZWEIG.

Enfin, les *techniques cathartiques* utilisent les jeux dans lesquels le sujet peut extérioriser une réaction émotionnelle sous l'effet d'un stimulus : dessins, peinture libre, psychodrame et tendent vers une utilisation thérapeutique.



c) Enfin, et, peut-être surtout, en réparation juridique, les *tests psychomoteurs* d'utilisation plus récente confirment les troubles objectivés par les épreuves précédentes. Ces tests étudient le caractère, le tempérament et les fonctions intellectuelles par des méthodes expérimentales et le principe en est basé sur l'expression motrice des tensions psychiques.

Le *psychodiagnostic myokinétique* de MIRA et LOPEZ est le plus intéressant à défaut d'être le plus couramment utilisé. C'est un test mental d'expression graphique visant à déceler les tendances tempéramentales et caractérologiques du sujet. Il comporte l'exécution de plusieurs séries de mouvements dans les divers plans de l'espace et « se base essentiellement sur le principe que chaque intention ou attitude de réaction est accompagnée d'une attitude musculaire déterminée qui vise à favoriser les mouvements projetés et à inhiber ses contraires » (1).

(1) Le psychodiagnostic myokinétique. — Professeurs MIRA et LOPEZ (Edition du centre psychologique appliqué — 1951).

Les données graphiques, constituées par les tracés effectués par le patient avec et sans le contrôle de la vue, permettront d'apprécier ses attitudes de réaction suivant les déviations par rapport aux lignes modèles.

Les différences entre les mesures effectuées simultanément et correspondant à la main gauche et à la main droite indiquent s'il existe une cohésion entre les attitudes de réactions permanentes, profondes, tempéramentales correspondant à la main la moins éduquée (la main gauche pour les droitiers) et les attitudes acquises, transitoires, caractériologiques se manifestant au niveau de la main droite.

D'autres tests, tels que le chronoscope électronique, le test du pointage, le test du tourneur ou l'étude des mouvements conjugués de RICOSSAY, par l'étude des réflexes et de la coordination motrice, permettent de mesurer le niveau de vigilance, les difficultés du contrôle émotionnel. Ils corroborent les résultats des tests d'efficienc e et de personnalité puisque des modifications de l'attention par exemple, révélés par les tests classiques d'intelligence, seront vérifiés par des altérations du niveau de la vigilance au cours de ces différentes épreuves qui confirment l'allongement des temps de réactions et l'accroissement du nombre des erreurs.

Ces différents tests moteurs, très importants, sont à la fois des examens psychologiques et biologiques, puisque le sujet y projette ses conflits, sans toutefois en préciser l'origine, mais permettent, néanmoins, d'en assurer la réalité et que, d'autre part, ils mesurent quantitativement les détériorations motrices, et les modifications du contrôle émotionnel.

Un autre intérêt de ces méthodes est de prévoir les incidences socio-professionnelles de certaines altérations du comportement. Elles seront donc utiles et nécessaires dans un double but : diagnostic et pronostic. Elles doivent faire partie de l'examen médical au même titre que les autres résultats de laboratoire.

*

**

Toutes ces techniques sont d'une grande utilité, mais du fait même qu'elles évaluent, par comparaison statistique, le comportement d'un individu par rapport à celui d'autres placés dans les mêmes situations, elles ne peuvent jamais apporter de certitude dans l'établissement d'un diagnostic.

Par contre, elles permettent de révéler des perturbations psychologiques profondes bien que parfois inapparentes, de *dépister des phénomènes de simulation ou de majoration*, d'affirmer une probabilité et d'apporter un supplément séméiologique objectif et indispensable dont l'intérêt vient d'une confrontation constante avec la clinique.

Elles facilitent donc la tâche de l'expert en objectivant les troubles réellement et douloureusement ressentis par le malade et favorisent une plus juste réparation puisqu'elles lèveront le doute qui plane souvent quant à la gravité de ces atteintes neuro-psychiques.

V

OBSERVATIONS

Afin d'illustrer la difficulté d'aboutir, au cours de la procédure d'expertise à l'établissement d'un bilan et d'une appréciation équitable des séquelles neuro-psychiques des traumatismes crâniens, les observations suivantes, choisies parmi des cas particulièrement complexes, mettront en évidence la difficulté de la mission de l'expert et la contradiction suscitée par l'application des barèmes.

OBSERVATION N° 1

Syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne avec état dépressif atypique.

Mlle F..., 42 ans, victime d'un accident de la circulation, le 2 décembre 1965, présente un traumatisme crânien sans fracture ni perte de connaissance. Hospitalisée pendant trois jours, elle présente des céphalées, étourdissements, insomnies, douleurs cervicales et obtient quinze jours d'arrêt de travail.

A la reprise de son travail, d'abord à mi-temps, puis à temps complet à partir du 3 janvier 1966, elle accuse le même état avec céphalées, insomnies, cauchemars, névralgies cervicales et anxiété.

En février 1966, la malade apparaît très déprimée, justifiant une thérapeutique adaptée prescrite par son médecin traitant pendant une durée de deux mois. Elle semble alors aller mieux, mais apparaissent de nouveaux troubles, à type de tachycardie, d'entéocolite spasmodique, tous symptômes progressant jusqu'en juin 1966 où surviennent de violentes douleurs au niveau des oreilles, de la gorge avec sensation d'étouffement. Elle se rend alors à DIVONNE, en cure spécialisée, prescrite par son médecin traitant du 1^{er} au 31 juillet 1966.

En septembre 1966, Mlle F... est examinée par son neuro-psychiatre pour un bilan complet avant expertise. Elle signale au moment de l'examen, après une période de nette amélioration procurée par la cure de repos, la

réapparition des céphalées, névralgies cervicales et dorsales, une hypersensibilité au bruit, des angoisses avec sensation d'étouffement, une émotivité, une instabilité d'humeur, une difficulté de concentration, une asthénie marquée.

L'examen neurologique pratiqué, ne montre pas d'altération dans le domaine de la motricité, de la réflexivité, de la sensibilité, cependant il est noté une diminution de la mobilité cervicale.

L'examen radiologique révèle une rigidité du segment rachidien atlo-axoïdien avec disparition de l'attitude physiologique et pincement modéré des disques séparant C3-C4 et C4-C5.

L'E.E.G. dont le tracé est particulièrement difficile à enregistrer en raison de la tension anxieuse et émotionnelle de la malade, montre une surcharge importante et des altérations diffuses, l'ensemble du tracé pouvant être mis en corrélation avec un syndrome post-commotionnel, mais l'absence de tracé antérieur de référence ne permet pas de l'affirmer.

L'examen psychiatrique révèle des troubles qui, depuis l'accident, vont en s'accroissant : état dépressif, asthénie, céphalées, insomnie, lassitude, angoisses...

Un examen psychométrique est pratiqué pour confirmer ces troubles subjectifs.

— Sur le plan moteur et gestuel, les mouvements brusques et rapides objectivent une forte anxiété, d'ailleurs exprimée verbalement. Le contrôle moteur est bien conservé malgré l'apparition d'une fatigue prématurée. Les réflexes, évalués au chronoscope électronique, sont lents et irréguliers, témoignant d'une instabilité de l'attention et d'un faible niveau de vigilance.

— Sur le plan intellectuel, l'ensemble des capacités est satisfaisant et le quotient intellectuel est de 120 à l'échelle de WECHSLER. Mais si les mécanismes intellectuels acquis ne sont pas atteints, par contre il est observé une réelle difficulté de concentration, l'apparition rapide de la fatigue lorsque la situation exige un effort soutenu et une diminution importante des capacités mémorielles concernant les souvenirs immédiats.

— Sur le plan caractériel et affectif, malgré une bonne volonté d'ensemble, la malade exprime une disposition au pessimisme, à la dépression.

EN CONCLUSION, neuf mois après un traumatisme crânien, qui au départ fut mineur, ne s'accompagnant d'aucun signe d'atteinte neurologique, ces épreuves mettent en évidence un syndrome post-commotionnel indiscutable, nécessitant une thérapeutique adaptée, un séjour en clinique spécialisée pouvant même être envisagé.

Au moment de cet examen, une I.P.P. de 30 % est donc proposée mais il y est bien spécifié qu'il est un peu tôt pour juger définitivement des séquelles de ce traumatisme, dont le pronostic habituel permet de prévoir une amélioration.

L'expertise a lieu en novembre 1966, soit presque un an après l'accident et il est accordé une I.P.P. de 15 %.

Le taux donné par l'expert, interprétant largement les barèmes indicatifs est justifié car les troubles présentés par Mlle F... iront probablement en s'améliorant, bien qu'elle soit encore sous traitement. Mais il n'est pas impossible que son état s'aggrave, ce qui nécessite une surveillance électro-clinique ultérieure.

Or, deux ans après, l'état s'est aggravé régulièrement pour aboutir à un état dépressif chronique résistant à toutes les thérapeutiques classiques.

L'examen psychométrique comparatif objective une détérioration beaucoup plus importante, indiscutable, et dans tous les domaines. Mlle F... a été obligée de cesser tout travail.

OBSERVATION N° 2

Syndrome post-commotionnel.

Mme L..., 40 ans, est, en compagnie de son mari et de ses enfants, victime d'un accident de la circulation le 7 novembre 1965. Elle présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale de 2 heures, sans lésions osseuses, avec plaie étendue du cuir chevelu, une contusion de la cuisse D avec hématome important, une contusion du rachis lombaire sans lésion osseuse. Début janvier 1966, apparaissent de fortes douleurs de la jambe droite et de la hanche, à type de sciatique paralysante entraînant une impotence fonctionnelle marquée.

Le 14 juin 1966, Mme L... est opérée d'un hématome post-traumatique, dont les suites n'ont pas été simples puisque la plaie a coulé jusqu'au 20 août 1966. Enfin, en décembre 1966, alors que la malade est toujours en rééducation, Mme L... présente un état dépressif marqué avec vertiges, idée de suicide, insomnie, anxiété, céphalées occipitales droites, qui nécessite une thérapeutique adaptée permanente.

Elle se plaint en outre de douleurs sciatiques au niveau de la jambe droite, liées en partie à une scoliose antérieure, douleurs s'accroissant notamment avec les émotions.

Examinée à cette époque, en vue d'un bilan avant l'expertise il est alors proposé sur le plan de la jambe droite une I.P.P. de 10-15 %, sur le plan crânio-cérébral, une I.P.P. de 22-25 %.

L'expertise est pratiquée en janvier 1967 et conclut à un taux d'I.P.P. global de 16 %.

Or ce qu'il est important de souligner c'est que le mari de Mme L... impliqué dans le même accident, qui avait présenté une fracture de la rotule, par ailleurs fort bien récupérée, obtenait un taux de 28 %. D'autre part, 3 des 5 enfants de Mme L..., victimes également du même accident sont atteints : l'un d'hémiplégie gauche avec aphasie, les deux autres de troubles du comportement assez marqués. Mme L..., quelques semaines après l'expertise, est admise dans un centre spécialisé où elle est encore et à forte chance de passer à la chronicité, car ne supportant pas du tout cet état de fait.

EN CONCLUSION on ne peut manquer d'être frappé de constater que les séquelles du mari, compte tenu de l'organicité des lésions, sont beaucoup

mieux indemnisées que les séquelles psychiques de Mme L... Cette conclusion présente certaines contradictions en raison des conséquences sociales, familiales et professionnelles éventuelles de l'état séquellaire de Mme L..., comparativement aux séquelles motrices mineures de son mari.

OBSERVATION N° 3

Détérioration mentale post-traumatique.

Mme A..., 42 ans, victime d'un accident de la route en juillet 1964, a présenté une fracture de l'humérus droit et un traumatisme crânien avec petites plaies frontales sans fracture ni signe neurologique.

Un premier certificat médical rédigé en octobre 1965 par son médecin, soit plus d'un an après le traumatisme, constate que Mme A... présente une limitation des mouvements du coude et une ankylose de l'épaule droite pour lesquelles une invalidité de 30 % est proposée par le chirurgien, et un syndrome post-commotionnel important avec état dépressif ayant entraîné une tentative de suicide. Un an plus tard, après ce premier bilan, en octobre 1966, Mme A... est revue par son médecin :

L'examen de la motricité demeure identique.

L'E.E.G. montre une persistance nette de l'asymétrie du tracé déjà constatée et l'existence d'éléments irritatifs qui dominent en postérieure droite.

A l'examen psychiatrique, Mme A... apparaît nettement améliorée par un traitement adapté, institué depuis un an, mais elle conserve cependant des troubles importants puisque l'arrêt de la médication a entraîné une rechute dépressive immédiate et nette. La malade se plaint de très importants défauts de concentration avec troubles mnésiques ; elle demeure anxieuse, craintive et présente des accès de dépression, des cauchemars.

Elle signale, en outre, deux pertes de connaissance avec chute, dans la rue, d'apparition récente.

Un bilan psychométrique est pratiqué en vue d'évaluer les détériorations de l'efficacité intellectuelle et mentale, et les difficultés de contrôle émotionnel. Au cours de ces épreuves, l'attitude générale de Mme A... fait apparaître une réelle anxiété, parfois même un désarroi, devant des questions simples, se traduisant soit par un blocage complet soit par des commentaires pessimistes.

Les tests psychomoteurs mettent en évidence des difficultés du contrôle émotionnel avec un lenteur manifeste et des troubles de l'attention et de la coordination des mouvements.

A l'échelle de WECHSLER-BELLEVUE, Mme A... obtient un quotient intellectuel de 88 ce qui la situe en dessous de la moyenne à la limite de la classification « normale - médiocre ».

EN CONCLUSION, deux ans après le traumatisme, un an après le premier examen, l'état de Mme A... demeure pratiquement inchangé : il persiste un blocage du coude avec ankylose de l'épaule droite pour lesquels une I.P.P. de 30 % est proposée. Par ailleurs le syndrome post-commotion-

nel demeure important malgré une thérapeutique active et sur le seul plan neuro-psychiatrique un taux d'invalidité de 20 % est à envisager.

Le rapport des experts, établi en décembre 1966 aboutit aux conclusions suivantes :

— « La fracture fermée du col chirurgical de l'humérus droit ne présente pour toute particularité qu'un déplacement de 20° en varus du fragment inférieur qui s'est maintenu après une consolidation satisfaisante. Les lésions osseuses chirurgicales dont le déplacement est modéré ne s'accompagnent d'aucune atteinte vasculo-nerveuse associée et ne justifient pas les séquelles invoquées par le malade. D'autre part, Mme A... présente une névrose anxieuse dont le déclenchement fut favorisé par les suites du traumatisme et les séquelles de la fracture sont majorées de façon notable par cet état de névrose ».

Une I.P.P. globale de 20 % est alors attribuée sans préciser la part qui revient à l'humérus et au psychisme.

Il semble regrettable que, dans le rapport d'expertise, il ne soit tenu aucun compte des résultats d'examens complémentaires pratiqués sur le plan neuro-psychiatrique qui permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une détérioration mentale et intellectuelle avec état dépressif se greffant sur un syndrome post-commotionnel, plus que d'un état névropathique apparaissant chez un sujet prédisposé. L'évaluation équitable d'un tel état séquellaire complexe aurait nécessité l'application des règles d'indemnisation des infirmités multiples, en tenant compte d'une part des séquelles motrices affectant le membre supérieur droit et des séquelles psychopsychiatriques qui hypothèquent lourdement l'avenir de la victime.

Cette observation démontre la tendance au cours de certaines expertises, non pas d'évaluer séparément chaque infirmité, mais de majorer seulement le taux alloué pour les seules séquelles organiques lorsqu'il s'y associe des troubles psychologiques ou psychiatriques.

OBSERVATION N° 4

Troubles mentaux post-traumatiques.

M. S..., 34 ans, victime d'un accident de la route le 29 septembre 1966, a été hospitalisé 10 jours, à la suite d'une perte de connaissance initiale de 4 heures. Il a présenté, outre des douleurs dans l'épaule gauche, des céphalées accompagnées de vertige et d'un véritable syndrome confusionnel avec lenteur idéo-motrice, ainsi que des troubles de la motricité et de la sensibilité unilatéralisés.

L'examen neurologique, alors pratiqué, avait montré des troubles pyramidaux, un nystagmus et un signe de ROMBERG avec déviation à gauche.

Par la suite, cet état s'améliore puisqu'en février 1967 on retrouve peu de signes objectifs : le signe de ROMBERG et le nystagmus ont disparu tandis que les réflexes rotuliens et achilléens sont plus vifs à gauche qu'à droite où ils sont presque polycinétiques.

Du point de vue psychique la récupération ne semble pas avoir été aussi bonne car il persiste des céphalées importantes, surtout le soir ainsi qu'une asthénie marquée ; d'autre part, il apparaît une sorte d'indifférence,

de lenteur d'idéation dont le malade ne semble d'ailleurs pas avoir conscience, des troubles mnésiques et des accès de dépression.

Le comportement de ce malade est tel que l'on peut penser d'emblée à une simulation ou à une sursimulation des symptômes dans la mesure où il insiste avec précision sur des troubles essentiellement subjectifs.

L'examen psychométrique, avec un bilan-test assez complet de plusieurs heures permet d'évaluer avec certitude la détérioration psychomotrice et les altérations de la personnalité. Cet examen a donné les conclusions suivantes :

— Le WECHSLER-BELLEVUE donne un quotient intellectuel de 79 qui classe M. S... dans une catégorie médiocre, à la limite de la débilité. Cette médiocrité est générale et se retrouve dans toutes les épreuves de cette échelle.

— Il semble d'autre part, que le malade, par une sorte de complaisance morbide, ait tendance à maintenir son état déficitaire actuel, et même à en exagérer quelque peu les caractéristiques. Pendant la passation des épreuves il apparaît grimacier, peu intéressé par l'examen, son attention est fluctuante et ses réactions d'une extrême lenteur.

— Les tests psychomoteurs apportent une indication supplémentaire et mettent en évidence un contrôle gestuel grossier et une perturbation importante de la personnalité. Au terme de cet examen il apparaît donc chez ce malade une détérioration intellectuelle non négligeable, se situant aux alentours de 15 %, compte tenu de la tolérance accordée à son âge, dont l'origine post-traumatique a été établie avec certitude après une enquête sociale.

En mars 1967, après un processus d'arbitrage établi avec le médecin d'assurances de la partie adverse, un taux d'I.P.P. d'abord proposé à 5 % a été accordé à 13 %.

EN CONCLUSION il faut retenir l'intérêt des méthodes psychométriques dans le dépistage des altérations mentales et intellectuelles, qui peuvent ne pas apparaître d'emblée, si elles ne sont pas recherchées systématiquement. Dans ce cas particulier après un traumatisme apparemment sans séquelles neurologiques, elles seules ont permis d'accorder une invalidité qui apparaît justifiée et équitable, malgré un état antérieur certain de limitation intellectuelle.

OBSERVATION N° 5

Séquelles tardives.

M. R..., 33 ans, pilote d'aviation, hospitalisé à la suite d'un accident aérien survenu le 30 juillet 1962, a présenté un coma prolongé pendant sept jours, ainsi qu'une hémorragie méningée ayant nécessité une trépanation à droite.

En novembre 1963, soit quinze mois après le traumatisme, un bilan complet est effectué en vue d'expertise et montre qu'il n'existe pas de détérioration sur les plans intellectuel et mental. Une hyperémotivité et des difficultés du contrôle émotionnel sont seules signalées, pouvant être en

relation avec le choc dû à l'accident, mais pouvant être également des caractéristiques de la personnalité de M. R..., bien qu'il faille admettre qu'au moment de son examen d'aptitude au pilotage, M. R... aurait probablement été déclaré inapte, s'il avait présenté quelques signes d'instabilité émotionnelle.

L'examen psychiatrique ne montre rien de particulier et confirme seulement l'instabilité et les difficultés du contrôle émotionnel objectivées par les tests. Du point de vue neurologique, des réflexes un peu vifs au membre supérieur gauche sont notés, tandis que le malade signale d'autre part des insomnies fréquentes, des céphalées et quelques vertiges.

L'E.E.G. objective un tracé plat, présentant quelques particularités discrètes pouvant être considérées comme post-traumatiques et quelques éléments pointus, isolés, de grande amplitude sur les régions occipitales, nécessitant une surveillance ultérieure. M. R... ne présente donc pratiquement aucun trouble objectif à la suite de son accident, mais est mis cependant en « perte de licence » et doit quitter son métier, car les normes de sélection des personnels de l'aviation n'autorisent pas à reprendre un sujet chez qui a été pratiqué un volet crânien en raison des risques de comitialité. Au terme de cet examen, compte tenu du préjudice professionnel grave, de la trépanation, des vertiges et des céphalées, une I.P.P. de 50 % est proposée.

Or, devant le manque de pilotes, M. R... demande en octobre 1966 un nouveau bilan, espérant pouvoir reprendre son activité dans ce domaine, compte tenu de son état de santé évoluant depuis plus de quatre ans.

Un E.E.G. est à nouveau pratiqué et montre au repos la présence d'éléments de grande amplitude, survenant par bouffées, diffusant à l'ensemble des deux hémisphères avec une légère prédominance droite, altérations augmentées lors de l'épreuve d'hyperpnée provoquée :

L'expertise en juillet 1967 accorde une I.P.P. de 58 %.

EN CONCLUSION : il s'agit d'un tracé altéré, nécessitant une surveillance électro-clinique et un thérapeutique adaptée car ces altérations permettent de suspecter de façon très probable le déclenchement d'une comitialité tardive, quatre ans après le traumatisme.

L'application des barèmes, compte tenu de l'éventualité confirmée électriquement, mais non révélée cliniquement d'une épilepsie, aurait conduit l'expert à attribuer un taux inférieur à 30 %. Les conséquences du déclassement professionnel ont été justement appréciées par l'expert qui, en l'occurrence, a largement interprété les pourcentages indiqués dans le barème.

OBSERVATION N° 6

Séquelles tardives.

M. G..., 37 ans, au cours de son travail sur un chantier subit un traumatisme crânien le 15 décembre 1962, ayant entraîné une fracture de la voûte pariéto-occipitale avec perte de connaissance prolongée.

Dans les suites immédiates de cet accident, l'examen neurologique n'a jamais montré d'altérations particulières tant sur les plans de la motricité, de la réflectivité ou de la sensibilité.

Il a cependant présenté un syndrome post-commotionnel typique et important avec céphalées, vertiges, étourdissements, irritabilité et état dépressif net prolongé.

Un E.E.G. effectué en février 1963 montre des signes discrets de perturbations temporo-occipitale dont l'évolution demande à être suivie.

En mai 1963, soit six mois après le traumatisme, apparaissent des malaises dont la nature comitiale est confirmée à l'E.E.G. en décembre 1963 et entraîne la mise à un traitement par anti-convulsivant.

Un nouveau bilan en vue d'expertise est pratiqué en mars 1966 soit plus de 3 ans après l'accident.

Lors de cet examen, sur le plan neurologique, tout demeure normal.

L'examen psychiatrique révèle un syndrome post-commotionnel qui reste marqué avec hypersensibilité aux changements de temps, l'impossibilité de supporter aucune boisson alcoolisée, la persistance de tendances vertigineuses, une impuissance sexuelle et une note dépressive particulière nette.

L'examen psychométrique révèle sur tous les plans, une détérioration patente, le déficit portant moins sur l'ensemble des capacités du sujet que sur la possibilité de leur mobilisation en vue d'un usage bien adapté, les troubles de l'équilibration, une fatigabilité excessive, la fuite de la mémoire entraînant une baisse de l'efficiencia au travail.

L'E.E.G., sous traitement anti-comitial institué depuis plusieurs mois, reste dans des limites normales.

Au terme de cet examen, il apparaît que M. G..., plus de trois ans après un traumatisme crânien sévère présente des séquelles nettes et importantes à type de détérioration mentale et intellectuelle, vérifiée par psychométrie, d'équivalents comitiaux post-traumatiques, de teinte dépressive marquée et ralentissement général.

L'I.P.P. proposée est de 60 % et l'expertise accorde en octobre 1966 une I.P.P. de 42 %.

Ce taux est contesté par le malade qui demande une contre-expertise qui est effectuée en mars 1967 : compte tenu que les équivalents comitiaux se sont transformés en véritables crises confirmées avec perte de connaissance en août 1966, la nouvelle expertise accorde 65 %. Or depuis sont apparues de nombreuses crises comitiales généralisées et absolument indiscutables.

EN CONCLUSION, après un traumatisme crânien dont les suites immédiates n'ont pas montré d'atteinte neurologique importante, apparaît tardivement une comitialité confirmée. Cette observation souligne la difficulté de fixer la date de consolidation des accidents à localisation céphalique et d'apprécier l'évolutivité des états séquellaires. Seul l'examen psychométrique objectivait une détérioration patente.

OBSERVATION N° 7

Démence post-traumatique.

Mme M..., 57 ans, victime d'un accident de la route en avril 1962, a subi un très important traumatisme crânien, avec quatre jours de coma, fracture du coude alors enclouée et diverses autres lésions.

Le médecin de la compagnie adverse conclut à un pourcentage d'I.P.P. de 8 %. En février 1965 un expert chirurgien est nommé et demande pour juger des troubles présentés par la malade des examens complémentaires en vue de l'expertise, car il s'agit alors d'une histoire psychiatrique complexe.

— *L'examen neurologique* objective une paralysie cubitale indiscutable avec une main en griffe typique et une anesthésie dans le même territoire. Il existe également des troubles de la sensibilité subjective au niveau du membre inférieur droit dans le territoire de L5, un strabisme de l'œil droit qui laisse supposer une atteinte de la sixième paire crânienne. Mme D..., se plaint, en outre de surdité transitoire et un audiogramme fut pratiqué à cet effet.

L'ensemble de l'examen est difficile compte tenu de l'état mental de la malade, mais il ne semble pas exister d'autres perturbations de la motricité, réflexivité, sensibilité, mais naturellement l'impotence est assez considérable.

— *A l'examen psychiatrique*, Mme D... présente un ralentissement psychique net, une sorte d'obnubilation permanente ; elle révèle une asthénie marquée, des céphalées très fréquentes, des insomnies ; elle est devenue pratiquement allergique aux bruits, les fonds sonores allant jusqu'à lui déclencher une sorte d'état confusionnel. Les troubles mnésiques sont évidents, avec difficulté de fixation considérable. Elle se plaint « d'absences » avec perte des objets et sensations vertigineuses.

— *Les examens psychométriques* ont été incomplets en raison de l'impossibilité de soumettre le sujet aux tests manipulatifs du fait des difficultés manuelles et de compréhension.

Cependant, la comparaison entre les notes obtenues aux différentes batteries utilisées met en évidence la détérioration mentale et psychologique.

Les pouvoirs de fixation, de raisonnement sont très inférieurs à la moyenne des personnes de son âge. L'ensemble permet de conclure à l'organicité des troubles.

— *L'E.E.G.* montre de très nettes altérations temporales G, se projetant en bouffées. L'hyperpnée majore ces anomalies qui deviennent indiscutablement paroxystiques, d'allure lésionnelle pouvant être en conséquence corrélées avec les séquelles du traumatisme crânien.

EN CONCLUSION, Mme M... présente un syndrome post-traumatique et post-commotionnel grave qui persiste depuis trois ans, avec des troubles neurologiques entraînant une impotence fonctionnelle certaine ; un syndrome de détérioration psychique, net, à type de subconfusion chronique avec teinte dépressive importante. Enfin, les altérations électriques et les absences peuvent faire craindre des troubles comitiaux. Il s'agit donc d'une

malade très détériorée dont le comportement avant l'accident était normal, qui relève de soins en milieu spécialisé et qui nécessite une surveillance électroclinique régulière.

L'invalidité *apparaît totale*, alors que le médecin de la compagnie adverse avait proposé une I.P.P. de 8 %, manifestement insuffisante pour indemniser en toute équité les séquelles organiques et psychiatriques sur lesquelles le tribunal ne s'est pas encore prononcé.

OBSERVATION N° 8

Confirmation de la réalité de troubles pouvant être imputés à des attitudes de simulation et de revendication.

Mme P..., 62 ans, victime d'un accident de la voie publique en juin 1964, a obtenu en octobre 1966, après expertise, un taux d'incapacité permanente partielle de 13 %.

Jugeant cette estimation trop faible, cette malade a demandé un nouvel examen en février 1967 ; en conséquence, il est pratiqué un nouveau bilan radiologique-neurologique-psychiatrique, psychométrique et électro-encéphalographique.

— *L'examen neurologique* n'apporte aucun signe particulier sur le plan de la réflectivité, de la motricité ou de la sensibilité.

— *Sur le plan radiologique*, Mme P... présente comme il l'avait été parfaitement souligné lors de la première expertise, une cervicarthrose décompensée à la suite de l'accident, entraînant un certain nombre de troubles, entre autres des douleurs, une limitation des mouvements, une gêne importante due à l'existence probable de névralgies cervico-brachiales.

— *L'examen psychiatrique* mentionne, sur le plan subjectif, des céphalées nucales et une sensation de « barre derrière les yeux », des dorsalgies, des douleurs à la rotation des épaules, des sensations de vertiges rotatoires ayant entraîné une chute suivie d'entorse du genou, des bourdonnements et des sifflements d'oreille. D'autre part, la malade allègue des manifestations psychiques désagréables, des difficultés de concentration, des pertes de mémoire, une sensation de vacuité intellectuelle, des sensations d'obnubilation passagère, tous ces symptômes apparaissant sensibles lors d'un entretien prolongé.

Il faut également signaler un état psychique particulier avec anxiété, hypomanie, et agressivité revendicatrice.

— *L'E.E.G.* montre la présence d'éléments amples, pointus, d'allure nettement irritative, prédominant légèrement au niveau des régions temporales antérieures et postérieures droites. La stimulation lumineuse intermittente augmente les réponses pointues au niveau de ces régions.

Le tracé est en relation vraisemblable avec le syndrome post-commotionnel présenté par la malade ; cependant, il est à signaler qu'il n'y a pas de tracé de référence permettant de juger de l'évolutivité des troubles depuis l'accident.

— *Le bilan psychométrique* fait apparaître une détérioration nette, le déficit portant principalement sur les aptitudes intellectuelles, la mémoire

et l'attention. Le WECHSLER-BELLEVUE indique une perte de 32 %, la tolérance due à l'âge étant de 16 %, il apparaît donc un déficit effectif de 16 %.

EN CONCLUSION : il apparaît certain que l'accident de Mme P... a entraîné des contusions multiples et, en particulier, au niveau de la colonne cervicale, mais aussi un syndrome post-commotionnel suffisamment important pour avoir entraîné des perturbations psychiques qui, à elles seules, méritent une réparation sensiblement équivalente à celle déjà évaluée à 13 % ; il semble donc que le taux d'I.P.P. de 13 % soit trop faible. Dans ce cas précis où la malade était exigante et manifestement revendicatrice, seuls des bilans complets et, en particulier, l'examen psychométrique ont permis de mesurer la détérioration et de proposer un taux objectif d'incapacité.

Cette observation tend à souligner que l'indemnisation doit tenir compte, non seulement des troubles algiques et moteurs cervicaux, mais également de la détérioration intellectuelle qui semble manifestement supérieure à celle de l'âge et, par conséquent, invalidante.

Malgré l'ensemble précité, le médecin contre-expert jouant sur une habitude contestable a maintenu le taux de 13 % donné par le premier expert.

OBSERVATION N° 9

Détérioration tardive.

M. L..., 41 ans, a subi en 1961, en Algérie, pendant un déplacement professionnel, un important traumatisme crânien dans un accident de chemin de fer. Il présente alors une plaie frontale avec période d'obnubilation de plusieurs jours et surtout un choc émotionnel très important. Il est hospitalisé dans plusieurs services où il est traité pour état dépressif.

En 1963, la symptomatologie anxieuse apparaît très accentuée avec état dépressif marqué et syndrome délirant atypique qui semble lié à une détérioration post-traumatique. Diverses hospitalisations en milieu spécialisé sont nécessaires et empêchent M. L... de reprendre son travail de façon suivie.

Revu en mars 1967, soit six ans après le traumatisme, l'examen neurologique ne montre rien de particulier ; *l'examen psychométrique* révèle une très importante détérioration intellectuelle et mentale qui rend incompatible l'état actuel de M. L... avec une activité professionnelle.

L'E.E.G. qui montrait, en 1963, un tracé plat avec des fluctuations de la vigilance, objective alors des altérations en relations avec l'importance du syndrome psycho-affectif présenté par le sujet.

EN CONCLUSION : M. L... a subi un traumatisme crânien qui, sur un sujet à l'état antérieur probablement fragile, laisse d'importantes séquelles qui évoluent vers une détérioration post-traumatique, confirmée par la clinique et les divers examens.

Il semble important d'insister sur ce cas de détérioration apparaissant progressivement et relativement longtemps après l'accident, et dont l'objectivation est difficile en dehors d'un bilan test psychométrique poussé.

VI

CONCLUSIONS

L'étude de ces différentes observations permet de comprendre la difficulté de l'expertise dans la reconnaissance, l'évaluation et la réparation des troubles psychiques et psychiatriques, consécutifs aux traumatismes crâniens.

— Des troubles psychiques, purement réactionnels aux stress de l'accident, d'une hospitalisation souvent prolongée, et de l'éventuelle incapacité organique résiduelle, justifient une majoration raisonnable du taux de réparation (au titre de *pretium doloris*, par exemple), attribuée aux atteintes organiques initiales qui constituent les principales séquelles. Il s'avère, en effet, que ces états réactionnels, d'apparition précoce, sont d'un pronostic favorable.

— Par contre, le traumatisme crânio-cérébral, indépendamment du choc psychologique, peut être à l'origine d'une maladie mentale, considérée comme une entité clinique authentique, imputable de façon évidente au traumatisme mécanique dont elle est la conséquence directe.

Il serait donc équitable que, ce diagnostic étant posé et confirmé par les examens complémentaires pratiqués par le laboratoire compétent de psychologie, ces troubles soient indemnisés spécifiquement et donnent lieu, le cas échéant, s'il existe des séquelles atteignant plusieurs fonctions, à l'application de la règle des infirmités multiples.

Cette notion est d'autant plus importante que les capacités intellectuelles et l'adaptation sociale constituent une fonction propre, indépendante des autres systèmes, des possibilités motrices et sensorielles, et qu'elles conditionnent en fait le pronostic de réinsertion professionnelle.

D'autre part, à l'inverse de la maladie réactionnelle qui guérit le plus souvent spontanément, ces troubles psycho-psychiatriques, d'apparition progressive, ont une allure chronique, nécessitent une surveillance médicale

constante et des soins de longue durée, et, constituent un handicap certain, évident.

— Il est encore des cas limites, particulièrement délicats où la complication mentale post-traumatique apparaît sur un fond de fragilité antérieure. Il semble normal, dans une telle situation, que la conclusion de l'expert et le mode de calcul de l'infirmité globale soient nuancés suivant la conviction que l'état actuel est une décompensation de l'état antérieur à l'occasion du traumatisme, ou que les manifestations pathologiques nouvelles sont essentiellement en rapport avec l'action mécanique du traumatisme.

1° L'investigation du psychisme de tout traumatisé crânien, en vue de reconnaître d'abord l'étiologie directe ou indirecte de ces troubles et d'en apprécier ensuite les séquelles éventuelles sur les plans intellectuel et affectif, s'avère donc essentielle et relève de laboratoires ou de praticiens spécialisés.

En effet dans les traumatismes crânio-cérébraux où la symptomatologie psychique est dominante, l'évaluation du dommage est difficile car elle porte à la fois sur des faits nécessitant des compétences multiples, allant de la neuro-chirurgie à la psychologie, en passant par la psychiatrie, la psychométrie, la neuro-radiologie, l'électro-encéphalographie, voire la psychosociologie.

La nécessité d'individualiser les atteintes psychologiques et psychiatriques, d'objectiver ces troubles essentiellement subjectifs afin de les réparer équitablement, justifie l'application de toutes les méthodes modernes dans les mêmes limites que celles permettant le diagnostic positif des atteintes organiques.

Tous ces examens, évoqués précédemment, et pratiqués selon un protocole défini, par un personnel entraîné, permettent d'apporter à l'expert commis pour juger de l'invalidité globale, des éléments d'évaluation aussi indispensables que les examens complémentaires d'autre nature (biologique - radiologique...).

De telles pratiques, n'ont évidemment pas comme conséquence de substituer le spécialiste chargé d'effectuer ces examens, à l'expert chargé de la synthèse du dossier, mais au contraire de lui apporter les indices nécessaires à l'établissement d'un diagnostic, à l'appréciation des séquelles, et à l'expression d'un pronostic. Ces méthodes ont, en outre, un intérêt comparatif d'évolution lors de l'éventuelle contestation d'une expertise de droit commun, ou lors de la demande de révision de rente d'accident du travail, puisqu'elles constituent un dossier attestant de l'état du malade au moment de l'examen.

De telles techniques d'investigation globale des fonctions cérébrales et psychiques relèvent évidemment du monopole de la médecine, en ce sens que l'établissement d'un diagnostic est le fondement même de l'acte médical ; l'examen psychologique, quels que soient les tests utilisés et la compétence des psychologues agissant comme auxiliaires médicaux, ne saurait être dissocié des autres moyens cliniques et para-cliniques dont le médecin spécialiste devra effectuer la synthèse pour l'information convenable de l'expert.

2° De telles activités d'équipe réunissant des compétences multiples pourront encore être utiles pour fixer la date de consolidation, pour apprécier l'opportunité de la reprise du travail antérieur, en préciser les modalités, ou pour conseiller la voie de la réorientation ou du reclassement professionnel.

En effet, pour apprécier convenablement l'invalidité et pour la réparer avec équité il ne suffit pas d'évaluer les troubles physiologiques en rapport avec l'infirmité existante, il faut également juger de l'état socio-économique du sujet et de ses possibilités de réinsertion.

L'expérience des opérations de réorientation professionnelle démontrent bien souvent que la difficulté majeure du reclassement ne réside pas tant dans les séquelles organiques que dans les troubles du comportement abusivement considérés comme accessoires.

En effet, outre les habitudes gestuelles qu'entraînent toute profession, l'exercice d'un métier se fait dans une ambiance physique et sociale qui doit être tolérée. Il comporte l'obligation des rythmes, des cadences (rotation de personnel, travail de nuit...) et l'engagement de responsabilités sur le plan professionnel et de la sécurité.

Des troubles limitant ces possibilités d'adaptation au milieu, alors que les gestes essentiels de l'opération professionnelle sont physiologiquement et organiquement possible, entraînent une inaptitude que ne manquera pas de sanctionner le médecin du travail au titre de la prévention et de la sécurité.

Pour sa part, l'employeur éliminera le travailleur qui par son irrégularité au travail, sa fragilité, ses troubles du comportement, bref son inadaptation générale à la profession, présentera un rendement insuffisant.

Enfin, de telles manifestations susceptibles de perturber la vie professionnelle et familiale de la victime, si celle-ci ne peut plus faire face aux responsabilités dont elle est investie, nécessitent de la part de son entourage la prise en charge de ces responsabilités et un effort de sécurisation.

Il est donc normal, si l'on considère la nécessité de réparer l'intégrité du préjudice subi, que ces troubles soient reconnus, évalués et indemnisés.

Toutes ces méthodes modernes d'investigation psychique, outre leur intérêt diagnostic et pronostic, ont une grande valeur sémiologique, puisqu'elles permettent d'individualiser, de caractériser et de mesurer les perturbations mentales considérées comme les séquelles du traumatisme crânien.

Or, les barèmes officiels ou officieux utilisés pour l'évaluation de l'invalidité des blessés de guerre, des accidentés du travail, ou des blessés de droit commun, sont extrêmement précis pour les atteintes organiques. Par contre, les états séquellaires mentaux ne sont définis avec précision que dans la mesure où ils sont objectivés par des symptômes neurologiques. Au contraire, les états psychiatriques essentiels, aux manifestations subjectives dont la réalité ne peut cependant être mise en doute, restent livrés à l'appréciation très large de l'expert qui ne peut se référer à aucun guide.

De là, la tendance de l'expert, à ne pas évaluer isolément l'état séquel-
laire psycho-psychiatrique, mais à recourir à une procédure globale d'in-
demnisation en majorant d'un certain coefficient le taux accordé au titre
des invalidités organiques objectives.

Cette procédure, en tout état de cause, apparaît justifiée lorsque les
troubles du comportement sont mineurs et les séquelles organiques graves.
A l'inverse, si les séquelles psychiatriques sont importantes et les séquelles
organiques minimales, le handicap véritable, constitué par les troubles rési-
duels psychiatriques, est arbitrairement sous-estimé.

Enfin une difficulté supplémentaire réside dans le fait que l'évolution
ou l'aggravation de ces troubles peuvent progressifs, et parfois tardifs,
seront postérieurs à la guérison clinique des séquelles organiques ; mais ils
pourront être soupçonnés par un examen psychométrique poussé et précoce.

Il semblerait donc opportun de reconsidérer les chapitres des barèmes
traitant de la réparation des séquelles psychiatriques, en considérant les
cadres nosologiques nouveaux que permettent de définir les récentes
méthodes d'investigation psychique.

Un refonte des barèmes dans ce sens, permettrait logiquement l'appli-
cation de la règle des infirmités multiples, les fonctions cérébrales étant
appréciées isolément, spécifiquement au même titre que les troubles neuro-
logiques, moteurs ou sensoriels, car d'une façon générale le traumatisé
du crâne est un polytraumatisé, et il est juste que chaque fonction atteinte
soit réparée.

En fait, la formule de BALTHAZAR, permettant le calcul d'infirmités mul-
tiples n'est applicable qu'en matière d'accident de travail.

En droit commun, il a déjà été souligné qu'aucun barème indicatif
d'invalidité ne s'imposait ni au tribunal ni à l'expert, celui-ci ne pouvant
pas, sans courir le risque d'être censuré, conclure à un taux d'incapacité
pour la seule raison de référence à un barème. Il ne pourra pas davantage,
en cas d'infirmités multiples justifier le taux proposé par l'application de la
formule de BALTHAZAR, mais dans un cas comme dans l'autre, rien ne s'op-
pose à ce qu'il s'inspire d'un barème indicatif, sous réserve d'aboutir
à un taux global, traduisant le retentissement de l'accident et de ses
séquelles sur l'activité physiologique, psychologique, sociale et profession-
nelle de la victime.

En d'autres termes, la règle de BALTHAZAR n'est pas un argument de
droit, mais elle reste le fondement essentiel de la démarche logique de
l'expert, au cours de sa mission d'évaluation équitable du taux d'incapacité
globale qu'il doit déterminer.

Les séquelles psychiatriques des traumatisés crâniens, sont, certes
essentiellement subjectives ; cependant ces atteintes de la personnalité qui
constituent un handicap certain et par là indemnisable, peuvent en l'état
actuel des techniques d'investigation psychométrique, être objectivées et
mesurées, sous la réserve d'être pratiquées par des consultants spécialisés
et compétents.

Les fonctions cérébrales peuvent ainsi être individualisées et il n'appar-
raît plus équitable de sanctionner l'invalidité réelle de leurs séquelles par

une simple majoration des atteintes organiques qui frappent d'autres fonctions.

L'individualité fonctionnelle étant acceptée et les séquelles étant démontrées, il apparaît injuste que la démarche de l'expert ait pour conséquence de minorer arbitrairement les séquelles neuro-psychiatriques des traumatismes crânio-cérébraux dont on connaît les conséquences sur le pronostic social et professionnel de ceux qui en ont été les victimes.

Bibliographie

1. Manuel de psychiatrie. — Henri HEY, Ch. BRISSET, P. BERNARD.
2. Encyclopédie Médico Chirurgicale - Psychiatrie et Neurologie.
3. Manuel de psychiatrie. — A. POROT.
4. Traumatismes crâniens. — R. HOUDART.
5. Traumatismes du crâne. — C. KOUPERNIC, J. BARBIZET. — Concours médical 28 - III - 67.
6. Les séquelles des traumatismes du crâne. — R. HOUDART. — Annales de médecine des accidents du trafic — I trimestre 66.
7. Séquelles tardives des traumatismes crâniens de l'adulte. — P.-E. HIVERT.
8. Le syndrome subjectif des traumatismes du crâne. — L. CROTTE. — Annales de médecine légale 1960.
9. Séquelles psychiatriques des traumatismes crâniens de l'enfant. — M. DUBLINEAU.
10. « Séquelles neuro-psychiatriques des traumatismes crâniens acquis de l'enfant », — Thèses de M^{me} SELIGMANN - Paris 1963.
11. Séquelles des traumatismes crâniens. — G. DECROIX, Ch. BLOND. — Annales de médecine légale - Nov.-Déc. 1959.
12. Démences organiques. — Revue du praticien II - X - 1966.
13. Les épilepsies post-traumatiques. — D. HAGENMULLER. — Annales de médecine légale - 1960.
14. Les tests mentaux — Concours médical - 21 mars 1959.
15. Les tests mentaux — P. PICHOT. — Collection Que sais-je ?
16. Généralités sur l'E.E.G. dans les traumatismes crânio-cérébraux. — Professeur FISCHGOLD.
17. Diagnostic médico-légal de l'épilepsie traumatique. — L. COTTE, A. MARIN. — Annales de médecine légale 1960.
18. Le psycho-diagnostic myokinétique. — Professeur E. MIRA Y LOPEZ. — Edition du centre de psychologie appliquée 1951.
19. Le droit médical. — P. APPLETON, P. BOUDIN.
20. Médecine légale judiciaire. — C. SIMONIN.
21. Médecine légale. — R. PIEDELÈVRE, E. FOURNIER.
22. L'évaluation du préjudice corporel. — Max LEROY.
23. Considérations générales sur l'expertise et la réparation juridiques du dommage corporel (Etude de la commission assureur — médecin 1965).
24. Règlement du préjudice corporel en droit commun. — P. LECHAUX. — Annales de médecine légale 1966 N° 3.

25. Evaluation du taux d'incapacité de travail. — C. SIMONIN. — Annales de médecine légale Nov.-Déc. 1959.
26. Les accidents du travail dans le bâtiment et les travaux publics. — Journées internationales du bâtiment et des travaux publics, Paris le 18-20 mai 1967.
27. Statistiques technologiques d'accident du travail 1965, éditées par la caisse nationale de Sécurité Sociale.
28. Les accidents du trafic routier. — Ebrhard GÖGLER. — Clinique chirurgicale de Heidelberg. — Documenta Geigy.
29. VII^e Assise nationale sur les accidents et le trafic. — Information médicale.
30. Médecine du Sport. — Dr VALTON et Collaborateurs. — VI^e assises nationales de la médecine sportive - N° 2 1968.
31. Les séquelles tardives et traumatismes crâniens. — R. PLUVINAGE. — IMMEX - Nov. 1967.

TABLE DES MATIÈRES

1) INTRODUCTION. — Intérêt médico-légal des séquelles neuro-psychiatriques des traumatismes crâniens	11
2) Essai de classification et rappel clinique des troubles neuro-psychiatriques post-traumatiques	14
3) Dispositions actuelles d'indemnisation	21
4) Objectivation des syndromes neuro-psychiatriques	25
5) Observations	31
6) CONCLUSIONS	42
7) BIBLIOGRAPHIE	47

IMPRIMERIE
MABILAT S.A.
4, rue Birckel, 4
(95) SANNOTS

